
BACHELORARBEIT

Frau
Ricarda Garlik

**Risikomanagement im Kranken-
haus**

2018

BACHELORARBEIT

Risikomanagement im Krankenhaus

Inwieweit ist das implementieren eines Managementsystems zur Minimierung von Risiken im Krankenhaus von Bedeutung und welche Auswirkungen hat dies auf die Patientensicherheit.

Autor/in:

Frau Ricarda Garlik

Studiengang:

**Gesundheitsmanagement – Sport, Prävention
und Bewegung (B.A.)**

Seminargruppe:

GM15sP2-B

Erstprüfer:

Prof. Dr. sc. Med. Thomas Müller

Zweitprüfer:

Frau Birgit Malotki

Einreichung:

Sinzheim, der 06.01.2018

BACHELOR THESIS

Risk management in hospitals

The importance for hospitals and the
impact on patient safety

author:

Ms. Ricarda Garlik

course of studies:

**healthcare management – sport, prevention
and exercise**

seminar group:

GM15sP2-Bxxx

first examiner:

Prof. Dr. sc. Med. Thomas Müller

second examiner:

Mrs. Birgit Malotki

submission:

Sinzheim, 06.01.2018

Bibliografische Angaben

Nachname, Vorname: Garlik, Ricarda

Thema der Bachelorarbeit: Risikomanagement im Krankenhaus

Topic of thesis: risk management in hospitals

53 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2018

Abstract

Die Bachelorarbeit “Risikomanagement im Krankenhaus” von Ricarda Garlik erscheint 2018 im Rahmen des Studiums Gesundheitsmanagement, Sport und Prävention an der Hochschule Mittweida und umfasst 53 Seiten. Die Arbeit untersucht, inwieweit ein Risikomanagementsystem im Krankenhaus von Bedeutung ist und welche Auswirkungen dies auf die Patientensicherheit haben kann.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
1 Einleitung.....	1
1.1 Hinführung zur Thematik und Problemstellung	1
1.2 Methodische Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit	3
2 Theoretische Grundlagen	5
2.1 Risiko	5
2.1.1 Risikoarten.....	5
2.1.2 Risikowirkung.....	8
2.2 Ursachen für Fehlerquellen	9
2.2.1 Faktor Mensch	9
2.2.2 Faktor Technik	11
2.2.3 Faktor Organisation	12
2.3 Vorgaben	13
2.3.1 KonTraG	13
2.3.2 Wirtschaftsprüfer	13
2.3.3 Bilanzrechtsreformgesetz	14
2.3.4 Deutscher Rechnungslegungs-Standard Nr.5 und 15	14
3 Das Risikomanagement.....	16
3.1 Definition des Risikomanagements	16
3.2 Aufgabenbereiche und Ziele des Risikomanagements	16
3.3 Hauptelemente des Risikomanagementsystems	17
3.3.1 Risiko – Strategie	17
3.3.2 Risiko – Organisation	18
3.3.3 Risiko-Kultur	20
3.4 Der Risikomanagementprozess	22
3.4.1 Risikoidentifikation	23
3.4.2 Risikobewertung	24
3.4.3 Risikobewältigung	25
3.4.4 Risikoüberwachung.....	27
3.5 Die Überwachungssysteme.....	27

3.5.1	Frühwarnsysteme	27
3.5.2	Internes Kontrollsystem.....	28
3.5	Abgrenzung Risikomanagement und Qualitätsmanagement	30
4	Risikomanagement im Krankenhaus	32
4.1	Formen des Risikomanagements.....	32
4.1.1	Betriebswirtschaftliches Risikomanagement	32
4.1.1	Klinisches Risikomanagement	33
4.2	Critical Incident Reporting System (CIRS).....	37
4.3	Experteninterview.....	39
4.4	Die Bedeutung des Einsatzes des Risikomanagements im Krankenhaus ..	41
5	Fallbeispiele	43
5.1	Klinikum Mittelbaden gGmbH.....	43
5.2	Evangelisches Krankenhaus Mettmann	45
5.3	Vergleich.....	47
6	Schlussbetrachtung.....	49
6.1	Resümee	49
6.2	Ausblick	51
	Literaturverzeichnis	XI
	Anlagen.....	XV
	Eigenständigkeitserklärung	XXVII

Abkürzungsverzeichnis

KonTaG *Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmen*

WHO *Weltgesundheitsorganisation*

CIRS *Critical Incident Reporting System*

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Fehler im Krankenhaus	3
Abbildung 2: Risikokategorien	6
Abbildung 3: Die Aufgabenfelder der Risikokultur.....	22
Abbildung 4: Der Regelkreis des Risikomanagements	23
Abbildung 5: Die Risikomatrix.....	25
Abbildung 6: Regelungsbereich eines IKS.....	29
Abbildung 7: Abgrenzung Qualitäts- und Risikomanagement	31
Abbildung 8: Risikomatrix	45
Abbildung 9: Entwicklung des CIRS	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Patientensicherheit in der Klinik	34
--	----

1 Einleitung

In der folgenden Arbeit geht es darum, erste Eindrücke für das Thema Risikomanagement zu gewinnen.

Die vorliegende Arbeit thematisiert das Thema „Risikomanagement im Krankenhaus“ und wurde im Rahmen des Bachelorstudiums Gesundheitsmanagement mit den Schwerpunkten Gesundheitsmanagement, Prävention und Sport verfasst.

Ein Grund für die Wahl dieses Themas waren erste Berührungspunkte mit dem Thema Risikomanagement im Krankenhaus. Die Verfasserin absolvierte im Rahmen ihres Pflichtpraktikums ihr praktisches Semester am Universitätsklinikum Erlangen. Dort unterstützte sie die Pflegedienstleitung der Kinder – und Jugendklinik, Frauenklinik und Palliativstation. Sie konnte dabei das Tätigkeitsumfeld der Pflege sowie das Qualitätsmanagement kennenlernen. Im Rahmen des Risikomanagements nahm sie an der Bearbeitung von CIRS Fällen teil und konnte somit einen Einblick in das Risikomanagement erhalten. Die Auswertungen der Beinahe – Fälle im Rahmen des Qualitäts- bzw. Risikomanagements interessierte die Verfasserin sehr. Aufgrund der bereits gesammelten Erfahrungen und der Literaturrecherche entschied sich Frau Garlik, ihre Bachelorarbeit über das Thema Risikomanagement im Krankenhaus zu schreiben. Für die Verfasserin wurde deutlich, dass dieses Thema ein wichtiger Bestandteil im Krankenhausalltag ist, da es erhebliche Auswirkungen auf die Patientensicherheit sowie das wirtschaftliche Bestehen des Krankenhauses haben kann.

1.1 Hinführung zur Thematik und Problemstellung

Jedes Unternehmen muss für sein wirtschaftliches Überleben Gefahren vermeiden sowie Chancen erkennen und nutzen. Gefahren werden jedoch oft nicht wahrgenommen und somit werden Risiken eingegangen, die die Existenz der Unternehmen bedrohen. Dies kann zur Insolvenz oder sogar zur Schließung der Betriebe führen. Oftmals ist es für ein Unternehmen nicht einfach Risiken wahrzunehmen, denn diese verbergen sich nahezu überall. In vielen industriellen Betrieben sind daher Risikomanagementsysteme seit einigen Jahren implementiert. In der Luftfahrt, der Öl – und Atomindustrie als auch in anderen Produktionsbereichen, die viele Gefahren bergen, hat sich eine schematische Untersuchung von Zwischenfällen inzwischen etabliert. Im Unternehmen dient das Risikomanagement unterstützend als Führungsinstrument um Gefahren aber auch Chancen

zu erfassen und zu bewerten. Wird eine Gefahr erkannt, muss die Unternehmensführung angemessene Maßnahmen einleiten, um das Fortbestehen des Unternehmens zu sichern.

Auch im Bereich des Gesundheitswesens ist es wichtig, Gefahrenquellen, die sich besonders im Krankenhaus wirtschaftlich und medizinisch negativ auswirken können, zu erkennen und mit entsprechenden Maßnahmen zu unterbinden.

Durch den 1999 veröffentlichte Bericht „To Err Is Human“ vom Institute of Medicine wurde dem Thema „Fehler in der Medizin“ zunächst in den USA, dann in Europa und Deutschland immer mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Daher hat das Thema Risikomanagement im Krankenhaus in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen.

Im Krankenhaus steht der Patient an oberster Stelle. Die Aufgabe einer Klinik liegt darin, den Patienten so gut es geht medizinisch zu versorgen und im Idealfall zu heilen. Doch neben der Verantwortlichkeit der Patientensicherheit müssen sie ebenfalls bei steigendem Wettbewerbsdruck, z.B. um einweisende Ärzte oder Anzahl der Patienten, die wirtschaftlichen Erfordernisse erfüllen. So stehen auch immer mehr die ökonomischen Betrachtungen, neben den Maßnahmen für einen reibungslosen medizinischen Ablauf mit der vollständigen Genesung, im Vordergrund. Um dies zu erreichen ist es wichtig, Risiken möglichst früh zu erkennen um angemessene Maßnahmen einleiten zu können.

Laut dem AOK-Krankenhausreport 2014¹ unterlaufen Ärzten und medizinischem Personal in etwa 188.000 Fälle Behandlungsfehler. Dies ist rund ein Prozent der insgesamt 18,8 Millionen Behandlungen in Krankenhäusern. Im Schnitt sterben jährlich rund 19.000 Klinikpatienten an Komplikationen oder an den Folgen der Behandlungsfehler. Viele dieser Tode sind unnötig, denn beinahe die Hälfte der Todesfälle hätten vermieden werden können. Die Universität Witten/ Herdecke hat auf Grundlage einer Berechnung herausgefunden, dass im Krankenhaus, aufgrund von Behandlungsfehlern, fünf Mal mehr Menschen sterben als durch Unfälle im Straßenverkehr.

¹ Vgl. AOK, 2014

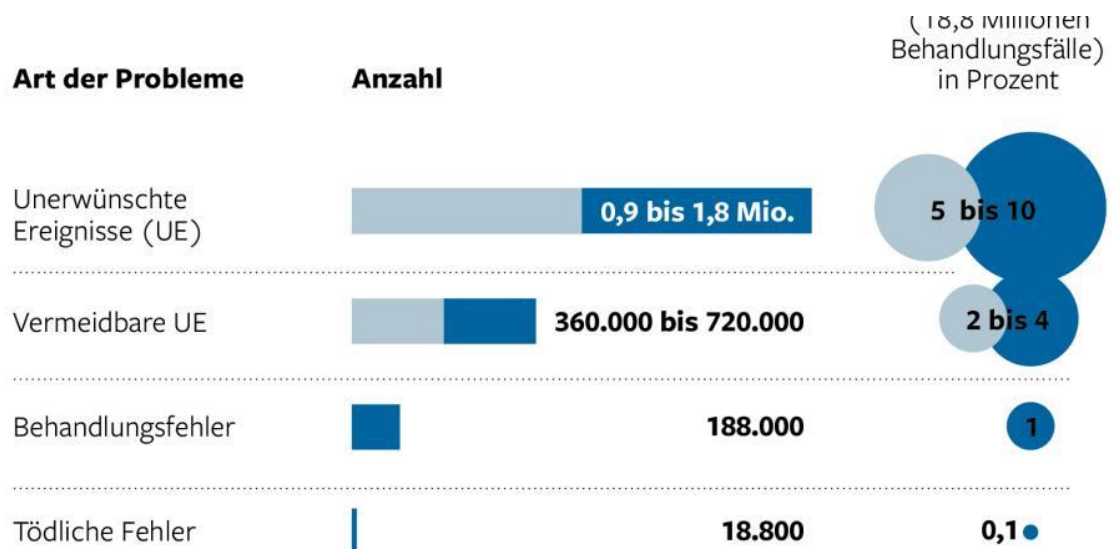


Abbildung 1: Anzahl der Fehler im Krankenhaus

Quelle: Infografik Die Welt (2014)

Ziel der Arbeit ist es, das Thema Risiko allgemein darzustellen und anschließend die Bedeutung besonders des klinischen Risikomanagements im Krankenhaus und dessen Auswirkungen auf die Patientensicherheit zu verdeutlichen.

1.2 Methodische Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist in 6 Abschnitte gegliedert. Nach der Einführung in die Thematik und Problemstellung werden im zweiten Kapitel die theoretischen Grundlagen für das Verständnis des Themas Risiko, der Ursachen für Fehlerquellen sowie der Rahmenbedingungen durch Gesetze und Empfehlungen, erläutert.

Das dritte Kapitel umfasst das Risikomanagementsystem. Dabei werden die Ziele und Aufgaben und die Hauptelemente sowie die Prozessschritte des Risikomanagementprozesses beschrieben. Des Weiteren werden die Überwachungs- und Kontrollsysteme behandelt und eine Abgrenzung des Risikomanagements vom Qualitätsmanagement vorgenommen.

Das vierte Kapitel befasst sich speziell mit dem Risikomanagement für das Krankenhaus. Hier werden die verschiedenen Formen des Risikomanagements beleuchtet. Einen besonderen Stellenwert in diesem Kapitel hat das krankenhausspezifische

Meldesystem „CIRS“. Ein Experteninterview beleuchtet den Umgang mit dem Risikomanagement in verschiedenen Krankenhäusern. Im Anschluss wird auf die Notwendigkeit für das Implementieren eines Risikomanagementsystems im Krankenhaus eingegangen.

Im fünften Kapitel werden ausgewählte Praxisbeispiele zu Risikomanagementsystemen aus zwei Kliniken dem Lesenden nähergebracht. Anschließend wird ein Vergleich gezogen.

Im letzten Kapitel der Arbeit erfolgt eine Zusammenfassung der Erkenntnisse der Arbeit und es wird einen Ausblick auf die Zukunft des Risikomanagements gegeben.

2 Theoretische Grundlagen

Um ein Verständnis für das Thema zu entwickeln, sollen hier zuerst die theoretischen Grundlagen anhand der Literatur dargestellt werden. Dies soll helfen, das Thema in der Gesamtheit zu erfassen. Zuerst wird auf den Themenkomplex Risiko mit den Unterpunkten Risikoarten, und Risikowirkung und Fehlerursachen eingegangen. Anschließend erfolgt eine Aufzählung der gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen.

2.1 Risiko

Das Wort Risiko leitet sich vom italienischen „risicare“ ² ab, was so viel bedeutet wie „Gefahr laufen, wagen“. Der Risikobegriff hat in der Literatur viele unterschiedliche Begriffsdefinitionen. Gleißner beschreibt Risiko als die „Möglichkeit einer negativen Abweichung eines tatsächlichen Ergebnisses von einem erwarteten (Verlust – oder Schadensgefahr).“³ Entsprechend dem Prüfungsstandard (PS) 340 des Instituts der Wirtschaftsprüfer (IDW) ist unter Risiko „allgemein die Möglichkeit ungünstiger künftiger Entwicklungen zu verstehen“ ⁴

Im Unternehmen wird der Begriff Risiko wie folgt definiert: „Risiko ist die aus einer nicht sicher vorhersehbaren Zukunft resultierende, durch „zufällige“ Störungen verursachte Möglichkeit, von geplanten Zielen abzuweichen.“⁵ Dabei ist es ökonomisch sinnvoll, positive sowie negative Abweichungen zu berücksichtigen. Dabei geht Risiko als Unternehmensbegriff auf das unternehmerische Handeln ein. Die psychologische Forschung hat jedoch festgestellt, dass Menschen den Begriff „Risiko“ kontextspezifisch und differenziert, jedoch oft nicht unter betriebswirtschaftlicher Bedeutung interpretieren.⁶

2.1.1 Risikoarten

Im Unternehmen gibt es verschiedene Risikoarten. Es gibt zum einen unternehmensinterne und – externe Risiken. Unternehmensinterne Risiken sind durch operative Entscheidungen und Handlungen des Unternehmens direkt beeinflussbar und steuerbar.

² Vgl. Wikipedia

³ Vgl. Gleißner, 2017: 17

⁴ Vgl. Haufe

⁵ Vgl. Gleißner, 2017: 17

⁶ Vgl. Gleißner, 2017: 17

Beispielhaft dafür sind Fehler in der Organisationsstruktur und auf der Managementebene. Unternehmensexterne Risiken ergeben sich durch Faktoren, die nicht direkt beeinflusst werden können, wie z.B. Gesetzessänderungen, Veränderung des Markts oder Naturkatastrophen.

In der Literatur finden sich zahlreiche Klassifizierungsansätze. Grundsätzlich können Unternehmensrisiken in drei Hauptkategorien eingeteilt werden: Risiken höherer Gewalt, politische Risiken und Unternehmensrisiken. Die Unternehmensrisiken werden nochmals in drei Unterkategorien aufgegliedert: Betriebsrisiken, Geschäftsrisiken und Finanzrisiken.⁷

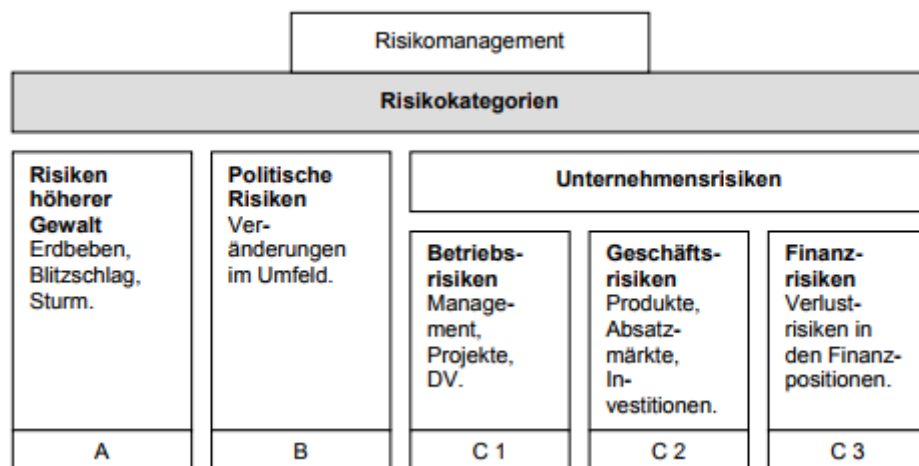


Abbildung 2: Risikokategorien

Quelle: Keitsch (2004)

Die dargestellten Risikoarten stehen in Korrelation zueinander. Generell ist eine Beeinflussung von links nach rechts gegeben, d.h. aus Risiken höherer Gewalt können politische Risiken eintreten, diese wiederum beeinflussen das Unternehmensrisiko. Risikokategorie A und B sind zudem externe Risiken die vom Unternehmen selbst kaum beeinflussbar sind. Die Unternehmensrisiken können zum Teil externer und zum Teil interner Natur zugeordnet werden.⁸

⁷ Vgl. Keitsch, 2004: 11

⁸ Vgl. Knappe, 2003: 5

Risiken höherer Gewalt resultieren aus unvorhersehbaren Naturkatastrophen, die verheerende Folgen für ein Unternehmen nach sich ziehen können. Beispielsweise schwere Schäden oder auch Totalschäden, die die Existenz des Unternehmens zerstören. Zu den Risiken höher Gewalt zählen unter anderem Erdbeben, Überschwemmungen, Stürme, Brände, Lawinen und Vulkanausbrüche.⁹

Die politischen Risiken (auch Länderrisiken genannt) werden durch die Einflussnahme des Staates, in dem sich der Vertragspartner oder das eigene Unternehmen befindet, beeinflusst. Sie können sowohl im In – als auch im Auslandsgeschäft auftreten, somit liegen die Ursachen nicht bei dem Vertragspartner, sondern beim Staat.¹⁰

Länderrisiken lassen sich in vier Einzelkategorien unterteilen:

- ökonomische Risiken,
- finanzielle Risiken,
- ethno – linguistische und demografische Risiken und
- sozial – ökonomische und staatliche Risiken.

Die Unternehmensrisiken sind diejenigen Risiken, welche durch das Unternehmen zum Teil selbst beeinflussbar sind. Die Unternehmensrisiken lassen sich in drei Unterkategorien einteilen:

- **Geschäftsrisiken** beziehen sich auf die Kernbereiche, die eigentliche unternehmerische Geschäftstätigkeit. Sie finden sich in den unternehmensstrategischen Entscheidungen, in den Produkten und den Innovationen der Unternehmen wieder.¹¹
- **Finanzrisiken** erstrecken sich auf die unternehmerischen Finanzpositionen und sind als Verlustrisiken anzusehen.¹² Sie entstehen durch eine nicht ausreichend vorausschauende Liquiditäts- und Finanzplanung. Ein weiterer Grund können die

⁹ Vgl. Keitsch, 2004: 11

¹⁰ Vgl. Knappe, 2003:7

¹¹ Vgl. Keitsch, 2004: 7

¹² Vgl. Keitsch, 2004: 7

täglichen Kursveränderungen auf den Finanzmärkten sowie die Veränderung der Ertrags-, Finanz- und Vermögenslage sein.

- **Betriebsrisiken** sind interne und organisatorische Risiken. Sie treten in den Ablaufprozessen, in der Unternehmensorganisation und -struktur, in der IT wie auch im Personal und auf den Beschaffungs- und Absatzmärkten auf.¹³

2.1.2 Risikowirkung

Die nachfolgend beschriebenen Wirkungen wirken direkt als auch indirekt auf ein Unternehmen ein.

Sind die tatsächlich erzielten Ergebnisse niedriger als geplant, so spricht man von direkten Wirkungen. Ist das der Fall, so bezeichnet man die Risiken als schlagend. Eine negative Ergebnisdifferenz entsteht entweder durch Umsatzrückgang, z.B. durch Abnahme der Verkaufserlöse oder gestiegene Ausgaben, z.B. durch Schadensbeschränkung bzw. -abschaffung. Beide Ursachen führen zu Gewinneinbußen.¹⁴

Wenn das Unternehmen höhere Risiken eingeht, treten indirekte Wirkungen ein. Demzufolge verlangen die Investoren höhere Risikoprämien, denn das erhoffte Ergebnis und das Kapital der Investoren unterliegen dadurch größeren Schwankungen. Diese Zusatzrisiken sollten nur eingegangen werden, wenn das erhöhte Risiko profitabel ist.¹⁵

Ebenso orientieren sich die Banken an der Höhe der bestehenden Risiken und die Kreditkonditionen werden dem Risiko angepasst. Die Zinsen richten sich also nach den bestehenden Risiken der Unternehmen. Ebenso unterliegen die Prämien der Versicherungsgesellschaften den versicherbaren Risiken. Steigen die Risiken, so steigen auch die Versicherungsprämien der Versicherungsgesellschaften.¹⁶

Die Art der Auswirkungen auf ein Unternehmen ist vom jeweiligen Risiko abhängig. Wenn operative Risiken auftreten, so folgt oft daraus, dass die Umsätze geringer werden oder dass der Aufwand bzw. die Kosten vorübergehend steigen, beispielsweise durch

¹³ Vgl. Keitsch, 2004: 7

¹⁴ Vgl. Middendorf, 2006: 23

¹⁵ Vgl. Middendorf, 2006: 23

¹⁶ Vgl. Middendorf, 2006: 22

das Begleichen der Schadensersatzforderung aufgrund von mangelnder Leistungserbringung.¹⁷

Handelt es sich allerdings um strategische Risiken, durch die die Erfolgsfaktoren eines Unternehmens benachteiligt werden, so kann sich das auf Dauer negativ auf die Gewinne eines Unternehmens auswirken. Bleibt die Situation bestehen, so verliert das Unternehmen die Kapitalgeber. Da das notwendige Kapital ausbleibt, entwickelt sich die negative Unternehmenssituation zu einer Krise. Die Existenz des Unternehmens ist aufgrund von Schulden und Insolvenz bedroht oder sogar zerstört¹⁸

2.2 Ursachen für Fehlerquellen

In diesem Abschnitt geht es um die Ursache von Fehlern in Unternehmen. Als Fehlerquellen lassen sich der Mensch, die Technik und die Organisation identifizieren.

2.2.1 Faktor Mensch

„To err is human“ – Irren ist menschlich (vgl. IOM- Bericht, 1999). Fehlleistungen gehören zum menschlichen Handeln dazu. Die Fähigkeit eine Leistung selbstständig, geplant und strategisch zu erbringen, zeichnet den Menschen aus. Hin und wieder kommt es jedoch vor, dass dabei Fehler passieren.¹⁹ Im Folgenden werden einige typische Gründe für menschliches Fehlverhalten charakterisiert.

Die meisten menschlichen Fehler sind auf motivationale und kognitive Gründe zurückzuführen. Zum einen beziehen sich die motivationalen Gründe auf den Selbstschutz der Kompetenzwahrnehmung. Das Individuum erkennt den eigenen Fehler nicht an bzw. verfolgt diesen nicht weiter, da es die eigenen Fähigkeiten nicht in Frage stellen will. Zum anderen überbewertet es aktuelle Problemen und schenkt den Entwicklungen, die für die Zukunft eine weit größere Bedeutung haben bzw. mehr Schaden verursachen können, keine Beachtung.

Ein kognitiver Grund für menschliches Fehlverhalten ist zum einen die eingeschränkte Verarbeitungskapazität des bewussten Denkens. „Wenn sie aufgefordert werden, ein

¹⁷ Vgl. Schierenbeck, 2011: 314 ff.

¹⁸ Vgl. Middendorf, 2006: 23 ff.

¹⁹ Vgl. Middendorf, 2007: 68

„schwieriges“ Problem beim Gehen zu lösen, werden Sie höchstwahrscheinlich aufhören, weil Ihr aufmerksamer Geist sich schwer tut auf beide Aufgaben gleichzeitig zu konzentrieren.“²⁰ Ein weiterer Grund ist, dass das Gedächtnis nur eine bedingte Aufnahmefähigkeit besitzt. Dies führt oft zur Vergesslichkeit und bei langandauernden Aufgaben zur Vernachlässigung.²¹

Rasmussen unterscheidet das menschliche Handeln in drei Ausführungsebenen.²² Die erste Ebene ist die fähigkeitsbasierte Ebene. Hier entstehen Fehler beim Handeln aufgrund von Gewohnheit, Routine und Unkonzentriertheit. Bei der regelbasierten Ebene wird die Problemlösung durch erlernte Regeln und Prozeduren beeinflusst. Das Problem ist vertraut und somit wird die Regel oder Prozedur vom Individuum bewusst ausgewählt. Fehler entstehen hier, wenn die Situation falsch eingeschätzt wird und somit auch die falsche Regel angewandt wird. Als drittes ist die wissensbasierte Ebene zu nennen. Im Gegensatz zur regelbasierten Ebene wird das Individuum mit unbekannten Problemen konfrontiert, die aufgrund von Wissenslücken nicht gelöst werden können.

Weiterhin unterscheidet man zwischen Planungs- und Ausführungsfehlern. Werden bereits bei der Planung Fehler gemacht, so kann das gewünschte Ziel nicht erreicht werden. Treten Fehler bei der Ausführung auf, beispielsweise Abweichungen zwischen dem Geplanten und dem tatsächlich Ausgeführten, kann auch hier das geplante Ziel nicht erreicht werden. Gründe hierfür sind Unaufmerksamkeit, Routine oder Vergesslichkeit.

Ebenfalls als menschliches Fehlverhalten können Verstöße aufgeführt werden. „Als Verstoß wird ein bewusstes oder unbewusstes Tun oder Unterlassen eines Menschen bezeichnet, dass gegen eine bestehende (Rechts-) Ordnung mit Geboten oder Verboten gerichtet ist.“²³ Verstöße können bei bewusstem Handeln Schaden als Ursache haben oder aber auch in guter Absicht erfolgen. Bei guter Absicht unterscheidet man zusätzlich zwischen notwendigen, optimierenden und Routineverstößen.

Zuletzt ist das aktive und latente menschliche Versagen zu nennen. "Aktives Versagen sind unsichere Handlungen (Fehler und Verstöße), die von den am "scharfen Ende" des Systems Tätigen begangen werden (Ärztinnen/Ärzte, Krankenschwestern/Pfleger etc.).

²⁰ Denkeandersblog, 2017: Kognitive Fehler, Verzerrungen...Wie wir wirklich entscheiden“

²¹ Vgl. Middendorf, 2007: 68

²² Vgl. Rasmussen 1982: 316 ff.

²³ Vgl. Fremdwort

Es sind die Menschen an der Schnittstelle Mensch-System, deren Handlungen unmittelbare Auswirkungen haben können bzw. haben."²⁴

"Latentes Versagen entsteht durch Entscheidungen, die auf den höheren Stufen einer Organisation gefällt werden. Ihre schädigenden Auswirkungen zeigen sich möglicherweise lange nicht, und sie werden erst dann offensichtlich, wenn sie mit lokalen auslösenden Faktoren (...) zusammentreffen und die Sicherheitsbarrieren des Systems durchbrechen."²⁵

2.2.2 Faktor Technik

Im Rahmen der technischen Entwicklung wurde die Leistungsfähigkeit der Geräte in Hinsicht auf die Geschwindigkeit und Genauigkeit der Funktionen als auch der Intensität und Dauer des Einsatzes stetig gesteigert.²⁶ Durch die zunehmende Komplexität der technischen Systeme wurden auch die Anforderungen an den Nutzer immer höher. Damit stieg auch die Gefahr von unerwünschten Nebenwirkungen und Vorkommnissen, d.h. möglicher Risiken. Man ist schon seit langem und in zunehmendem Maße bemüht, durch systematische direkte oder indirekte Vorkehrungen Risiken zu vermeiden oder zumindest zu verringern.²⁷ Direkt können diese Risiken durch eine entsprechende Wahl des Arbeitsprinzips oder durch konstruktive Maßnahmen vermieden werden. Auf indirekte Weise lässt sich das Risiko durch Sicherheitsvorkehrungen mindern, die sich bei abzeichnenden Gefahren selbstständig aktivieren. Primär gehen diese Risiken nicht von den technischen Mitteln aus, sondern von den Menschen, die diese konstruieren, planen und kontrollieren. Risiken beim Gebrauch von technischen Geräten können zum einen aus Fehler des Planungs- und Herstellungsprozesses resultieren, die die Betriebssicherheit der Geräte gefährden, sodass beim Einsatz der technischen Systeme Fehler bei der Bedienung oder Wartung unterlaufen oder die Instandhaltung nicht ordnungsgemäß durchgeführt wird.²⁸ Mit diesen aufgeführten Risiken lassen sich Störungen und Unfälle immer häufiger mit menschlichem Versagen in Verbindung bringen. So kommt technisches Versagen als alleinige Ursache eher selten vor. Studien belegen, dass bis zu 90%

²⁴ Ärztliches Institut für Qualität in der Medizin, 2015: Fehlertheorie

²⁵ Ärztliches Institut für Qualität in der Medizin, 2015: Fehlertheorie

²⁶ Vgl. Middendorf, 2006: 72

²⁷ Vgl. Middendorf, 2006: 72 ff.

²⁸ Vgl. Middendorf, 2006: 73

aller technischen Katastrophen auf menschliches Versagen zurückgeführt werden kann.²⁹

Aufgrund der oben aufgeführten Betrachtung steht primär die Zuverlässigkeit des Mensch-Maschine- Systems im Vordergrund. Dabei geht es nicht um kognitive und gedankliches Fehlverhalten von Menschen, sondern um Fehler, die in der mangelhaften Abstimmung des Zusammenwirkens von Personen und technischen Systemen begründet sind. Hohe technische und menschliche Zuverlässigkeit führen nicht immer zwingend zu einem verlässlichen Gesamtsystem. Bei dem Funktionsumfang besteht z.B. ein Konflikt zwischen der Zahl der Funktionen und der Anfälligkeit für Benutzerfehler. Je mehr Funktionen bei einem technischen Gerät vorhanden sind, desto größer sind die Nutzungsmöglichkeiten. Andererseits nimmt durch die steigende Anzahl an Einstelloptionen auch die Fehlerwahrscheinlichkeit zu.

2.2.3 Faktor Organisation

Menschliches Fehlverhalten wird nicht immer durch menschliches Unvermögen und technische Fehler nicht immer durch technische Mängel verursacht. Oft können auch weitergehende Gründe als Ursache dafür gefunden werden.

„Latentes Fehlverhalten z.B. findet auf den Ebenen des Managements statt und bestimmt somit die Rahmenbedingungen für die ausführenden Mitarbeiter „direkt vor Ort“.“³⁰

Auf einer Seite kann latentes Fehlverhalten z.B. auf mangelnde Organisation von Wartungs- und Instandhaltungsarbeiten zurückzuführen sein, auf der anderen Seite kann es sich um die unzureichende Ausstattung mit notwendigen Materialien oder schlechte Gestaltung von Arbeits- und Dienstanweisungen handeln. Auch kann es im Fall von notwendigen Verstößen dazu kommen, dass aufgrund von organisatorischen Defiziten bewusst von üblichen Handlungsweisen und Regelungen abgewichen werden muss, damit das festgelegte Ziel erreicht werden kann. Es gibt verschiedene Modelle, die die eigentliche Ursache von menschlichen Fehlleistungen und Unternehmensrisiken darstellen. Oft sind es Defizite in der Unternehmensorganisation in Form von latenten Fehlern und Bedrohungen. Menschliches Versagen bzw. akute Unfallursachen bilden dabei nur das letzte Glied in einer Kette fehlerhafter Entscheidungen und riskanter

²⁹ Vgl. Giese/ Tempe, 2002: 65

³⁰ Vgl. Middendorf, 2006

Systembedingungen.³¹ Den Ausgangspunkt dieser Kette stellen organisatorische Rahmenbedingungen dar. Diese werden durch Entscheidungs- und Organisationsprozesse auf der Ebene des Unternehmensmanagements bestimmt.

2.3 Vorgaben

Maßgeblich für die Einführung von Risikomanagementsystemen sind Vorgaben bzw. Handlungsanweisungen, die einerseits vom Gesetzgeber vorgegeben, andererseits von Verbänden empfohlen werden.

2.3.1 KonTraG

Mit Einführung des Gesetzes zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) 1998 sind die Unternehmen dazu verpflichtet, ein Risikofrühwarnsystem einzuführen. Mit dem Gesetz werden zwei Ziele verfolgt. Es sollen Schwächen und Fehlverhalten im Kontrollsystem gemindert und mehr Transparenz geschaffen werden. Zentraler Bestandteil des KonTraG ist der §91 Abs. 2 AktG. In diesem wird die Einrichtung eines Überwachungssystems, eines angemessenen Risikomanagements, einer angemessenen internen Revision und die Organisationspflicht des Vorstandes geregelt. Eine Verletzung der Sorgfaltspflichten durch den Vorstand kann zum Schadensersatz führen.³²

„Der Vorstand hat geeignete Maßnahmen zu treffen, insbesondere ein Überwachungssystem einzurichten, damit den Fortbestand der Gesellschaft gefährdende Entwicklungen früh erkannt werden.“³³

2.3.2 Wirtschaftsprüfer

„Der Prüfungsstandard 340 des Institutes der Wirtschaftsprüfer (IDW) konkretisiert die Anforderung an ein Risikomanagementsystem für die Erteilung eines Testates.“³⁴ Der Prüfungsstandard wurde erstmalig, als Folge des KonTraG, am 25. Juni 1999 beschlossen. Obwohl die Prüfungsstandards keinen gesetzlichen Charakter haben, bestimmen

³¹ Vgl. Middendorf, 2006: 75

³² Vgl. Gleißner, 2017: 25

³³ KonTraG 1998: § 91 Abs. 2 AktG.

³⁴ Gleißner, 2017: 26

sie häufig die unternehmerische Praxis. Aus diesem Prüfungsstandard lassen sich folgende Hinweise für den Aufbau eines Risikomanagementsystems ableiten.

- Festlegung der Risikofelder
- Risikoerkennung und Risikoanalyse
- Risikokommunikation
- Zuordnung von Verantwortlichkeiten und Aufgaben
- Einrichtung eines Überwachungssystems
- Dokumentation der getroffenen Maßnahmen

2.3.3 Bilanzrechtsreformgesetz

Durch das neue Bilanzrechtsreformgesetz (BilReG) ergeben sich auch neue Rahmenbedingungen für das Risikomanagement. Dieses regelt insbesondere eine Veränderung bezüglich der Prognoseberichterstattungspflicht.³⁵ Die Kapitalgesellschaften müssen die voraussichtliche Entwicklung des Unternehmens, bezogen auf Chancen und Risiken (im Sinne von Gefahren), beurteilen und erläutern (§289 Abs. 1, Satz 4HGB). Im Gegensatz zu dem KonTraG wird der Vorstand jedoch nicht verpflichtet, ein Organisationssystem für die Erkennung und Nutzung von Chancen einzurichten.³⁶ Bereits vorhandene Risikomanagementsysteme von Unternehmen sind so zu erweitern, dass neben den Gefahren nunmehr auch die Chancen erfasst werden können. Das BilReG fördert somit die Entwicklung der Unternehmenssteuerungssysteme hin zu integrierten Risikomanagementsystemen, was die Grundvoraussetzung für eine wertorientierte Unternehmensführung ist.³⁷

2.3.4 Deutscher Rechnungslegungs-Standard Nr.5 und 15

„Die vorliegenden gesetzlichen Regelungen, die in der Summe eine Ausdehnung der Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung auf das Risikomanagement bringen, wurden 2000 im Deutschen Rechnungslegungsstandard Nr.5 in den so genannten „konkreten Grundsätzen für die Aufstellung einer Risikoberichtserstattung“ festgelegt, bzw. im DRS. 15 zum Lagebericht, der den DRS für Risikoberichte einschließt“³⁸. Der Deutsche

³⁵ Vgl. Gleißner, 2008: 27

³⁶ Vgl. Gleißner, 2008: 27

³⁷ Vgl. Gleißner, 2008: 27

³⁸ Gleißner, 2008: 29

Standardisierungsrat (DSR) entwickelte die Standards DRS 5 für die Konzernrechnungslegung. Der Paragraph 342 Abs. 2 HGB legitimiert die DRS und soll die Grundsätze der ordnungsgemäßen Buchführung wahren.

3 Das Risikomanagement

Im Folgenden wird der Begriff Risikomanagement definiert sowie dessen Ziele und Aufgabenbereiche beschrieben. Anschließend werden neben den Hauptelementen, Strategie, Organisation und Kultur auch der gesamte Prozess des Risikomanagements näher beleuchtet. Zuletzt wird das interne Kontrollsystem und das Frühwarnsystem beschrieben.

3.1 Definition des Risikomanagements

Bei dem Begriff Risikomanagement findet man keine allumfassende Definition. Sie hängt davon ab, aus welchem Blickwinkel man das Thema betrachtet. Je nach der eingenommenen Blickrichtung stehen beispielsweise betriebswirtschaftliche, juristische oder andere Gesichtspunkte im Vordergrund. Eine verallgemeinernde Definition von Gleißner lautet: „Risikomanagement ist das systematische Denken und Handeln im Umgang mit Chancen und Gefahren (Risiken)“.

Eine andere, mehr wirtschaftlich ausgerichtete Definition von Waring und Glendon lautet: „Risikomanagement kann als ein Handlungsfeld definiert werden, dass versucht, reine Risiken zu eliminieren, zu reduzieren und allgemein zu kontrollieren, bei spekulativen Risiken Nutzen zu verstärken und Schaden zu vermeiden.“

Zusammenfassend kann man sagen, dass Risikomanagement eine Methode ist, welche das Ziel verfolgt, systematisch Fehler oder Risiken zu erkennen, zu analysieren, zu verhindern oder ihre Folgen zu beherrschen.

3.2 Aufgabenbereiche und Ziele des Risikomanagements

Das Ziel des Risikomanagements ist die Planung, Koordination, Ausführung und Kontrolle von Maßnahmen, die dazu dienen, dass Risiken nicht eintreten und die Systemziele wie geplant erreicht werden können.³⁹ Dabei orientiert sich das Risikomanagement immer an den Unternehmenszielen und der Unternehmensstrategie. Das

³⁹ Vgl. Middendorf, 2006: 59

Risikomanagement, hat unabhängig von der konkreten Zielsetzung der jeweiligen Unternehmung, auch einige grundlegende Aufgaben.

Die Vernichtung der Existenz ist der größte Schaden die eine Unternehmung erleiden kann. Die wichtigste Aufgabe des Risikomanagements ist es daher, den Fortbestand des Unternehmens dauerhaft sicherzustellen, d.h., das Unternehmen vor einer Existenzgefährdung oder gar Existenzvernichtung aufgrund von auftretenden Risiken zu schützen.⁴⁰ Des Weiteren sollen die Maßnahmen des Risikomanagements durch eine Verringerung des eingegangenen Risikos und die Reduktion der Ausfallwahrscheinlichkeit von bspw. Kreditrückzahlungen die Eigen – und Fremdkapitalkosten senken und somit die Unternehmensgewinne und den Unternehmenswert steigern.⁴¹ Für Unternehmen ist die Außenwirkung sehr wichtig. Die Kunden und die Öffentlichkeit sollen Vertrauen in das Unternehmen, seine Leistungsfähigkeit sowie in seine Produkte gewinnen. Neben der Notwendigkeit, dass die angebotenen Leistungen die Bedürfnisse der Kunden erfüllen, ist es daher um so wichtiger, sicherzustellen, dass keine Schädigungen von Personen oder Ressourcen (z.B. Umwelt) aufgrund von fehlerhaften Produkten oder mangelhaften Leistungsprozessen auftreten.⁴² Durch das Risikomanagement im Unternehmen soll sichergestellt werden, dass Prozesse störungsfrei ablaufen können, Fehlerquellen frühzeitig erkannt, behoben und in ihrer Wirkung beherrscht werden.⁴³

3.3 Hauptelemente des Risikomanagementsystems

Das Risikomanagementsystem unterteilt sich in die Hauptelemente Risiko-Strategie, Risikoorganisation mit den Stabs-, Stand-alone- und Integrale-Varianten und Risikokultur.

3.3.1 Risiko – Strategie

Die Risikostrategie ist der Grundstein für den eigentlichen Risikomanagementprozess, da diese die grundsätzliche risikopolitische Ausrichtung des Unternehmens enthält. D.h., die Risikostrategie ist ein fester Bestandteil der Unternehmensstrategie. Risikopolitische Grundsätze können in die bestehende Qualitätspolitik integriert werden und

⁴⁰ Vgl. Middendorf, 2006: 59

⁴¹ Vgl. Middendorf, 2006: 59

⁴² Vgl. Seghezzi, 2003: 118

⁴³ Vgl. Middendorf, 2006, 60

Qualitätsziele können entsprechend um Risikomanagementziele ergänzt werden.⁴⁴ Für eine wirksame Risikostrategie müssen Verantwortungen und Zuständigkeiten für das Risikomanagement festgelegt und angemessene Rahmenbedingungen geschaffen werden.⁴⁵

Dabei werden der Risikostrategie folgende Aufgaben zugeteilt:

- Mitarbeiter zum Risikomanagement motivieren,
- sinnvolles Meldesystem (für Fehler und potenzielle Fehler) entwickeln,
- Mitarbeiterschulung und Training durchführen,
- erforderliche personelle und materielle Mittel bereitstellen und
- Eine wirksame Kommunikation gewährleisten.

3.3.2 Risiko – Organisation

Bei der Entwicklung der Organisation wird eine Risikoablauf- und aufbauorganisation geschaffen, d.h., die Verantwortung der einzelnen Aufgaben des Risikomanagements werden auf einzelne Personen und/ oder Organisationseinheiten aufgeteilt. Dazu muss zuerst der Aufgabenumfang genau definiert und entschieden werden, ob eine zentrale oder dezentrale Risikoorganisation zweckmäßiger ist und wo das Risikomanagement in der Organisationshierarchie eingeordnet werden soll.⁴⁶

Das zentralisierte Risikomanagement leitet sich aus der für die Unternehmenswertsteigerung notwendigen Abstimmung von Strategie, Prozessen, Menschen, Technologie und Wissen ab.⁴⁷ Das dezentrale Risikomanagement liegt dann vor, wenn Verantwortliche die Aufgabe zugetragen wird Risiken in den von ihnen verantwortlichen Bereichen zu minimieren. Hierbei werden Risiken unabhängig von möglichen Abhängigkeiten anderer Risiken behandelt.

Hinsichtlich der grundlegenden organisatorischen Struktur können drei Hauptvarianten der Organisation von Risikomanagement unterschieden werden.

⁴⁴ Vgl. Franke 2015

⁴⁵ Vgl. Franke 2015

⁴⁶ Vgl. Kapfenberger-Poindl, 2015: 23

⁴⁷ Vgl. Nicolaus, 2005: 2

„Stand – Alone – Variante“⁴⁸

Für das Risikomanagement wird eine Parallelstruktur zu den operativen Stellen und Prozessen des Unternehmens geschaffen. Es zeichnet aus, dass es über eigene Mitarbeiter (Ressourcen) verfügt, die eine unabhängige Überwachung der Risiken des Unternehmens gewährleisten. Durch die konsequente organisatorische und funktionale Trennung des Risikomanagements entsteht ein sehr hoher Ressourcenaufwand. Alle Mitarbeiter sind in erster Linie einem hauptverantwortlichen Risikomanager und/ oder Risikomanagementboard unterstellt.

„Stabs – Variante“⁴⁹

Bei dieser Variante nehmen bestimmte Mitarbeiter, neben ihren eigenen Themenfeldern, die Aufgabe von Risk-Ownern wahr. Ihre Aufgabe besteht darin, die wesentlichen Risiken regelmäßig zu überwachen und an eine zentrale Stelle (Zentrales Risikomanagement) zu melden. Die stichprobenartige Überprüfung der Neutralität und Objektivität wird durch das Risikomanagement durchgeführt, gegebenenfalls unterstützt durch die interne Revision. Bei dieser Organisationsform nehmen nur relativ wenige Mitarbeitende primäre Aufgaben im Risikomanagement wahr. Sie sind meist als Stabsstelle dem Vorstand oder Bestandteil des Controllings. Eine funktionale und organisatorische Trennung ist bei dieser Struktur nicht gewährleistet, hat jedoch den Vorteil, relativ unbürokratisch und wenig kostenintensiv zu sein.

„Integrale – Variante“⁵⁰

Bei der integralen Variante werden die Aufgaben des Risikomanagements durch vorhandene Prozesse des Unternehmens mit einbezogen, beispielsweise durch strategisches Controlling und Qualitätsmanagement. Das Risikomanagement verschmilzt dabei weitgehend mit diesen Prozessen. Die Prozesse werden so angepasst, dass kontinuierlich neue Risiken erfasst und bereits bekannte überwacht werden können. Die in diesen Prozess tätigen Mitarbeiter werden weder funktionell noch disziplinarisch einem zentralen Prozessmanagement zugeordnet, sondern übernehmen nur für das Risikomanagement relevante Tätigkeiten. Des Weiteren leiten sie spezifische Informationen an das

⁴⁸ Vgl. Gleißner/Romeike, 2015: 568 ff.

⁴⁹ Vgl. Romeike/Gleißner, 2015: 569

⁵⁰ Vgl. Romeike/Gleißner, 2015: 569

zentrale Risikomanagement zur Verdichtung und Auswertung für die Unternehmensführung weiter.

3.3.3 Risiko-Kultur

Risikomanagement muss ein fester Bestandteil des täglichen Handelns und Denkens eines jeden Mitarbeiter sein, mit anderen Worten, Risikomanagement ist irreversibel in der Unternehmenskultur zu verankern.⁵¹

Der Aufbau, die Verankerung und die Stärkung der Risikokultur sind permanente Prozesse. Dementsprechend reicht es nicht aus, den Mitarbeitern gegenüber die Ziele und Grundlagen eines ganzheitlichen Risikomanagements einmal zu kommunizieren.⁵² Die Mitarbeiter müssen für dieses Thema sensibilisiert werden. Das heißt, dass die Prinzipien immer wieder betont werden müssen, um auch tatsächlich eine nachhaltige Wirkung generieren zu können. Viele Unternehmen sind der Ansicht, dass sich eine Risikokultur im Laufe der Zeit automatisch herauskristallisiert und im Denken und Handeln der Mitarbeiter verankert wird. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass in der Praxis ganz konkrete Prozesse und Handlungsweisen erforderlich sind, um dieses Ziel zu erreichen.⁵³ Trainings- und Ausbildungsprogramme sind eine wesentliche Komponente bei der Sensibilisierung der Mitarbeitenden. Dabei sollte jedoch nicht nur „hartes“ Risikomanagement-Know-how gelehrt, sondern auch die Fähigkeit der Mitarbeitenden zum ganzheitlichen, interdisziplinären Denken und Handeln gefördert werden. Die Mitarbeitenden sollen „über den Tellerrand blicken“ umso nicht nur Risiken in ihrem Bereich zu suchen, sondern auch gleichzeitig einzuschätzen, ob bzw. inwieweit diese auch Auswirkungen auf andere Abteilungen und Unternehmensfunktionen entfalten könnten.⁵⁴ Die Etablierung einer Risikokultur sollte „Top-Down“ statt „Bottom-Up“ erfolgen. Es ist wichtig, dass die oberste Führungsriege geschlossen hinter dem Thema Risikomanagement steht. Dies stellt eine unbedingte Voraussetzung für das Umsetzen und Gelingen dieses schwierigen und kontinuierlichen Prozesses dar.⁵⁵ Ein Fehler wäre es jedoch, anzunehmen, dass sich eine gelebte Risikokultur „auf Befehl von oben“ entwickeln könnte. Neben dem Engagement des Top-Managements muss der Nutzen eines ganzheitlichen

⁵¹ Vgl. Erben, 2005

⁵² Vgl. Erben, 2005

⁵³ Vgl. Romeike, 2005

⁵⁴ Vgl. Erben, 2005

⁵⁵ Vgl. Romeike, 2005

Risikomanagements für jeden Mitarbeiter offensichtlich und nachvollziehbar sein.⁵⁶ Erst dann können Denk- und Verhaltensweisen verinnerlicht werden und einen wertvollen Beitrag zum Unternehmenserfolg leisten. Wenn die Mitarbeitenden erst einmal verstanden haben, welchen Stellenwert dem Risikomanagement zukommt, werden sie auch eher bereit sein, mit den verantwortlichen Risikomanagern zu kooperieren. Dieser Prozess kann durch ein geeignetes Anreizsystem beschleunigt und verbessert werden.⁵⁷ Risikomanagement stellt nicht nur für das Unternehmen einen wertschöpfenden Prozess dar, sondern muss sich auch für die Mitarbeitenden oder zumindest für die einzelne Abteilung auszahlen.

*„Risk is the sugar and salt of life – too much or too little of either is unhealthy.“*⁵⁸ Um eine angemessene Risikokultur im Unternehmen zu etablieren, ist es erforderlich, auch die „süße“ Seite des Risikos hervorzuheben. Ohne Risiken gäbe es auch keine Chancen und der verantwortungsbewusste Umgang mit Risiken stellt in Wirklichkeit einen erheblichen Wettbewerbstreiber für das Unternehmen und damit auch für all seine Stakeholder dar.

⁵⁶ Vgl. Romeike, 2005

⁵⁷ Vgl. Erben, 2005

⁵⁸ Graham, 2006: 4

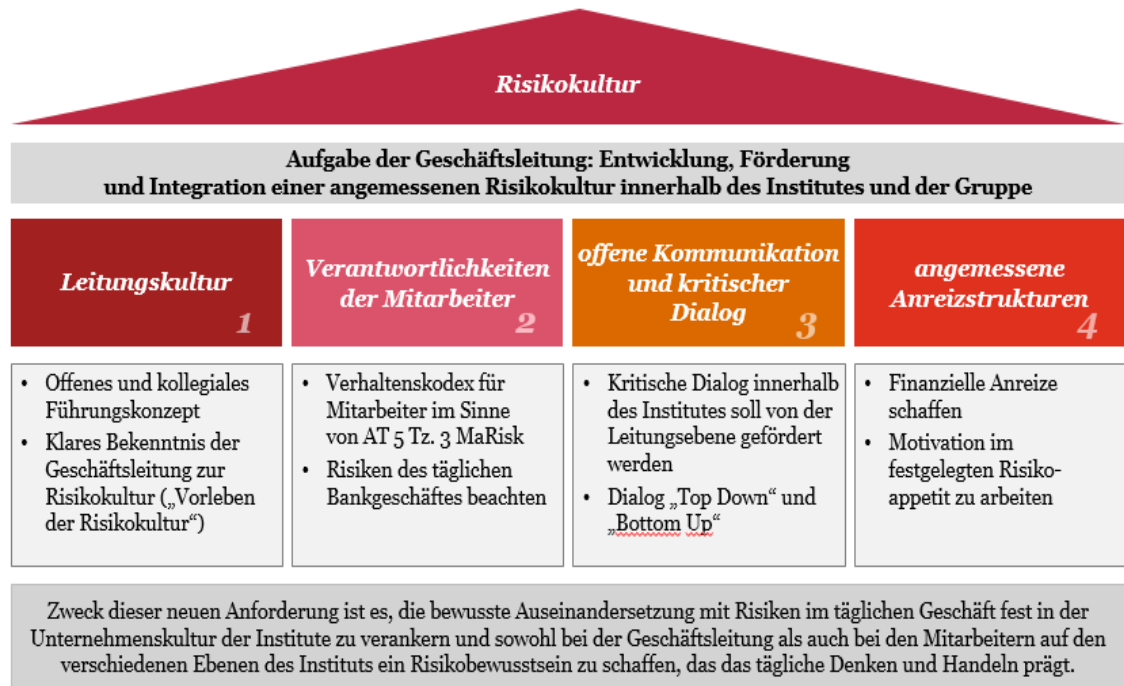


Abbildung 3: Die Aufgabenfelder der Risikokultur

Quelle: PWC (2016)

3.4 Der Risikomanagementprozess

Der Risikomanagementprozess umfasst die wichtigsten Aufgaben um Unternehmensrisiken zu vermeiden bzw. zu verringern. Diese werden eingeteilt in die vier Stufen:

- Risikoidentifikation,
- Risikobewertung,
- Risikobewertung und
- Risikoüberwachung.

Die verschiedenen Stufen bilden einen Regelkreis. Dieser wird kontinuierlich wiederholt und ständig überwacht, um neue Risiken zu entdecken und um die Wirksamkeit der Maßnahmen der Risikobewältigung zu beurteilen.

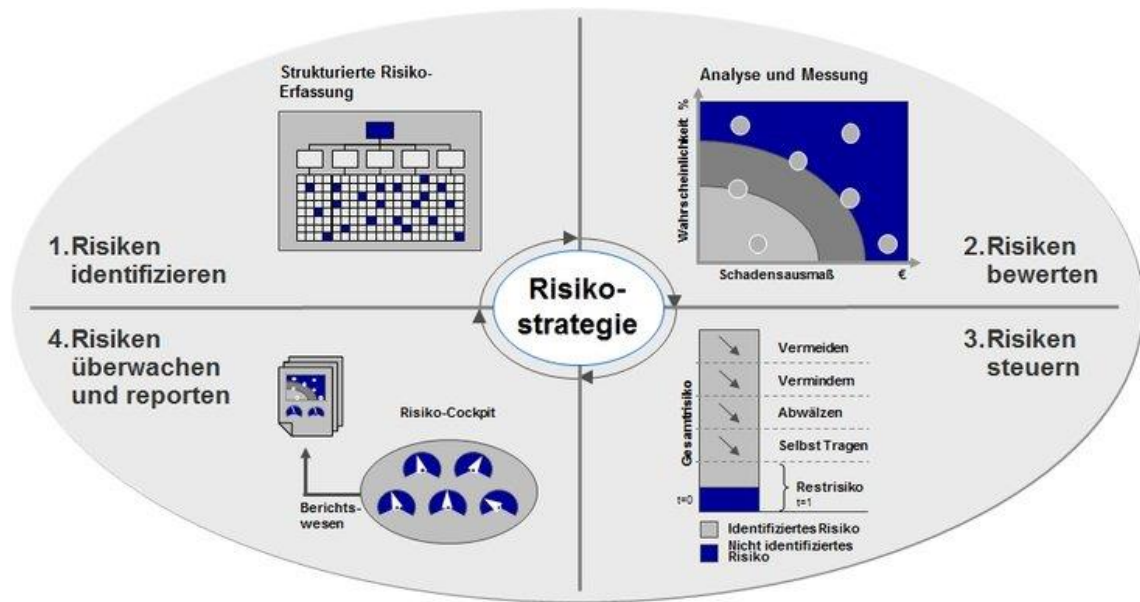


Abbildung 4: Der Regelkreis des Risikomanagements

Quelle: Risknet

3.4.1 Risikoidentifikation

Der erste Schritt bei einem Risikomanagementprozesse ist die Risikoidentifikation. Das KonTraG fordert für diese Phase eine systematische Identifikation aller auf das Unternehmen einwirkenden Risiken. Besonders zu beachten sind dabei bestandsgefährdende Risiken sowie schwerwiegende Risiken, die möglicherweise in Verbindung mit anderen Risiken eine bestandsbedrohende Entwicklung im Sinne §91 Abs. 2 AktG verursachen könnten.⁵⁹

Für die Identifikation von Risiken gibt es unterschiedliche Verfahren. Es wird unterschieden zwischen der Erfahrungsmethode (regressive Verfahren) und analytischen Methode (progressive Verfahren) und zwischen der qualitativen und quantitativen Methode.

Bei der Erfahrungsmethode werden bereits eingetretene Schadensfälle zur Identifikation herangezogen. Auf Grundlage der bereits gesammelten Erfahrung sollen sie nähere Informationen über die Struktur eines Sachverhaltes liefern, damit gleiche oder ähnliche Situationen vermieden werden können. Die analytische Methode soll dazu dienen,

⁵⁹ Vgl. Gleißner, 2017: 487

Gefahren und Risiken, die noch keinen Schaden anrichten konnten und noch zu beeinflussen sind, zu erkennen.⁶⁰

Bei der quantitativen Methode beruhen die Daten auf einer Sammlung und Analyse, aus denen das Risiko mittels geeigneter Verfahren abgeleitet. Beim qualitativen Ansatz basieren die Daten dagegen auf subjektiven, erfahrungsbezogenen Werteinschätzungen in systematischer und unsystematischer Form, die die Risikolage abbilden sollen.⁶¹

Entscheidend bei der Erfassung und Bewertung von Risiken ist die Aktualität der Informationen. In einem dynamischen Arbeitsfeld ändern sich die Rahmenbedingungen und die damit verbundenen Risiken schnell. Externe Risiken, die auf ein Unternehmen einwirken können, sind z.B. die Gesetzgebung, Finanzierung und Lieferanten.

3.4.2 Risikobewertung

„Im Rahmen der Risikobewertung werden die Wahrscheinlichkeit des Eintritts des erfassten Risikos (Eintrittswahrscheinlichkeit) und die Intensität der Auswirkung (Schadenshöhe) bewertet.“⁶² Ziel ist es, aufgrund dieser Informationen die Risiken nach ihrer Schwere zu kategorisieren und die Notwendigkeit für Handlungen zur Risikobewältigung abzuleiten.

Risiken können beispielhaft in folgende Kategorien unterteilt werden.

- „Hohes Risiko“: Das eintretende Risiko bedroht die Existenz des Unternehmens. Ein solches Risiko sollte nach Möglichkeit immer versichert werden. Eine detaillierte Analyse und ein sofortiges Handeln zur Risikoreduzierung ist zwingend.
- „Mittleres Risiko“: Das eintretende Risiko zwingt das Unternehmen zur Veränderung der Unternehmensziele. Der Aufwand der näheren Risikoanalyse und Risikobewältigung sollte den potentiellen Risikowirkungen gegenübergestellt werden. Das Risiko kann in der Regel „akzeptiert“ werden. Es sollte jedoch vorher versucht werden, das Risiko mit einfachen Maßnahmen soweit wie möglich auf ein annehmbares Maß zu reduzieren.⁶³

⁶⁰ Vgl. Middendorf, 2006: 203

⁶¹ Vgl. Middendorf, 2006: 204

⁶² Kahle-Witzsch, 2005: 52

⁶³ Vgl. Middendorf, 2006: 231

- „Geringes Risiko“: Das eintretende Risiko veranlasst das Unternehmen zur Veränderung der Abläufe. Hoher Aufwand sollte für eine Detailanalyse dieser Risiken nicht aufgebracht werden, da eine solche Analyse nur geringe Zusatzerkenntnisse bringt. Diese Risiken werden normalerweise nicht versichert, da der Risikotransfer zu teuer ist.⁶⁴

Ausgehend von der Klassifizierung der Eintrittswahrscheinlichkeiten und der Auswirkung des Risikos lässt sich eine Risikomatrix erstellen. „Dieses Instrument bietet die Möglichkeit der Darstellung, aus welchen Risiken in Abhängigkeit von Eintrittswahrscheinlichkeit zu erwartender Schadenhöhe welcher Handlungsbedarf resultiert und hilft auf diese Weise, Prioritäten in der Risikobewältigung zu setzen.“⁶⁵

		Schadensausmaß		
		Gering	Mittel	Hoch
Eintrittswahrscheinlichkeit	Häufig	Mittleres Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko
	Gelegentlich	Geringes Risiko	Mittleres Risiko	Hohes Risiko
	Selten	Geringes Risiko	Geringes Risiko	Mittleres Risiko

Abbildung 5: Die Risikomatrix

Quelle: Cyanocenter UBA

3.4.3 Risikobewältigung

Nach der Analyse der Risiken müssen geeignete Maßnahmen ergriffen werden, die Risikoposition des Unternehmens zu optimieren, jedoch nicht zu minimieren, da dadurch

⁶⁴ Vgl. Kahle-Witzsch, 2005: 53

⁶⁵ Kahle-Witzsch, 2005: 53

gleichzeitig auf Chancen verzichtet werden würde.⁶⁶ Die Risikobewältigung zielt nicht darauf ab, das Risiko komplett zu unterdrücken. Ziel ist also, das Risiko auf ein „akzeptables“ Maß an Restrisiko zu reduzieren, so dass das Risikodeckungspotenzial des Unternehmens nicht übersteigt. Im Rahmen der Risikobewältigung existieren unterschiedliche Maßnahmen. Dafür gibt es ursachenbezogene Maßnahmen, deren Ziel es ist, die Risikoursachen zu erkennen und gleichzeitig eine Gegensteuerung einzuleiten. Diese Maßnahmen sind auf eine aktive Gestaltung der Risikostruktur ausgerichtet. Zu den ursachenbezogenen Maßnahmen zählen die Risikovermeidung und Risikominderung. Bei der Risikovermeidung umgeht oder unterlässt man wirtschaftliche Aktivitäten, um damit verbundene Risiken zu eliminieren. Sie stellt die effektivste Art dar, sich keinerlei Risiko auszusetzen. Das Risiko gehört zum Unternehmensgeschehen, so dass ein Unternehmen bei konkreter Umsetzung dieser Strategie sämtliche Geschäftstätigkeiten einstellen müsste.⁶⁷ Nur die Risiken, die nicht als akzeptabel beurteilt wurden, sind zu vermeiden. Im Zuge der Risikominderung werde die Eintrittswahrscheinlichkeiten oder die Tragweiten von Risiken auf ein akzeptables Maß reduziert.⁶⁸ Eine Risikominderung kann dabei durch verschiedene Maßnahmen erreicht werden: durch personelle Maßnahmen in Form von Schulungen oder aktiver Personalauswahl, durch technische Maßnahmen wie den Einsatz von computergesteuerten Prüfverfahren oder durch organisatorische Maßnahmen wie die Verbesserung von Arbeitsabläufen, den Einsatz von Verfahrensbeschreibungen und Sicherheitsrichtlinien etc.⁶⁹

„Wirkungsbezogene Maßnahmen dagegen liegt die Prämisse zugrunde, dass sich das Schlagendwerden von Risiken nie vollständig ausschalten lässt.“⁷⁰ Dabei ist zu beachten, dass die eingeleiteten Maßnahmen dazu beitragen, die Auswirkungen der Risiken in ihrem Ausmaß zu begrenzen. In diesem Fall gibt es zwei verschiedene Maßnahmen. Der Risikotransfer überträgt die Risiken auf Dritte. Zu den Maßnahmen des Risikotransfers gehören der Abschluss von Versicherungen oder das Hedging, durch entsprechende Gestaltung von Verträgen mit Lieferanten, z.B. in Form von Qualitätsbedingungen, oder Kunden, z.B. im Rahmen der allgemeinen Geschäftsbedingung.⁷¹ Die andere Alternative ist die Risikovorsorge. Dabei werden finanzielle Deckungsmassen für potentielle Verluste zurückgelegt. Diese kompensieren die Verluste

⁶⁶ Vgl. Gleißner, 2017: 491

⁶⁷ Vgl. Middendorf, 2006: 62

⁶⁸ Vgl. Middendorf, 2005: 63

⁶⁹ Vgl. Middendorf, 2006: 63

⁷⁰ Middendorf, 2006

⁷¹ Vgl. Middendorf, 2006, 64

der Risiken. Das Unternehmen geht die Risiken bewusst ein und ist bereit, die Kosten im negativen Fall selbst zu tragen.

3.4.4 Risikoüberwachung

Die Risikoüberwachung ist die kontinuierliche Kontrolle des Risikoprozesses und die laufende Überprüfung der Wirksamkeit.⁷² Die Erkenntnisse werden an die verantwortlichen weitergegeben, um auf diese Weise die Transparenz über die Risikolage der Unternehmung sicherzustellen. „Die Risikoüberwachung dient darüber hinaus der kontinuierlichen Erfassung von risikospezifischen Veränderungen, wodurch das rechtzeitige Einleiten von Steuerungsmaßnahmen sichergestellt werden soll.“⁷³

3.5 Die Überwachungssysteme

Um Risiken vorzubeugen werden Systeme eingesetzt, die zum einen versuchen rechtzeitig schädliche Entwicklungen zu identifizieren (Frühwarnsysteme), zum anderen die Einhaltung von Regeln und Vorschriften zu überprüfen und dokumentieren (Kontrollsysteme).

3.5.1 Frühwarnsysteme

Frühwarnsysteme sind eine spezielle Art von Informationssystemen, die dafür verwendet werden, zukünftige Entwicklungen und Ereignisse, die für ein Unternehmen von Bedeutung sind, vorab, d.h. vor Eintritt des Schadens zu erkennen.⁷⁴ Dem Unternehmen soll so die Möglichkeit geschaffen werden, diese (i.d.R. negativen) Entwicklungen durch geeignete präventiven Maßnahmen zuvor zu kommen. Frühwarnsysteme verschaffen dem Unternehmen letztendlich Zeit für entsprechende Maßnahmen und verbessern so die Steuerbarkeit des Unternehmens, was zu einer günstigeren Entwicklung des Unternehmenswertes beiträgt⁷⁵. Frühwarnsysteme dienen nicht ausschließlich dazu, möglich früh und möglichst exakt zukünftige Entwicklungen zu prognostizieren, sondern sie fördern zudem eine kontinuierliche Auseinandersetzung der Mitarbeiter mit den

⁷² Vgl. Kahle-Witzsch, 2005: 55

⁷³ Middendorf, 2006: 64

⁷⁴ Vgl. Füser

⁷⁵ Vgl. Füser

wahrgenommenen Veränderungen innerhalb sowie außerhalb des Unternehmens und die dahinter vermuteten Ursachen-Wirkungs- Beziehungen.⁷⁶ Die Wirkungen des Handelns eines jeden Mitarbeitenden werden damit transparenter sowie die Wirkungen exogener Risiken auf die Unternehmensziele.

Eine große Bedeutung haben Frühwarnsysteme auch in Bezug auf das Risikomanagement. Laut dem KonTraG müssen Frühwarnsysteme dafür geeignet sein, bestandsgefährdende Risiken früh zu erkennen. Da Frühwarnsysteme damit letztlich auch Handlungen (Gegenmaßnahmen) der jeweiligen Entscheidungstragenden bewirken, schaffen sie nicht nur Transparenz, sondern sind zugleich Instrumente der Risikobewältigung.⁷⁷ Der Sinn eines solchen Systems besteht darin, das Unternehmen durch bessere Prognosen der Zukunft auf eine vorhergesagte Störung rechtzeitig und in angemessenen Maße reagieren können. Beispielsweise könnte man durch Messungen der Wahrscheinlichkeit eines Maschinenausfalls vorhersagen und beim Überschreiten einer bestimmten Ausfallwahrscheinlichkeit Wartungsmaßnahmen.⁷⁸ Die einzige Möglichkeit der Risikobewältigung sind jedoch nicht nur die Steuerungsmaßnahmen, die auf die Vorhersage bestimmter, konkreter Entwicklungen basieren. Alternativ lässt sich die Struktur eines Unternehmens oder ein Teil des Unternehmens so ändern, dass eine nicht vorhergesehene Störung ohne schwerwiegende Folgen bleibt. Man spricht dann von einem „flexiblen Ansatz“.⁷⁹ Wenn man diesen Ansatz auf das oben genannte Beispiel bezieht, dann könnte man eine zweite Maschine (redundantes System) anschaffen, um den Ausfall der ersten Maschine zu kompensieren.

3.5.2 Internes Kontrollsystem

Nach dem IDW Prüfungsstandard IDW PS 261 („Feststellung und Beurteilung von Fehlerrisiken und Reaktionen des Abschlussprüfers auf die beurteilten Fehlerrisiken“) versteht man unter einem IKS die vom Management im Unternehmen eingeführten Grundsätze, Verfahren und Maßnahmen, die auf die organisatorische Umsetzung der Entscheidungen des Managements ausgerichtet sind.⁸⁰ Darunter zählen zum einen die Sicherung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Geschäftstätigkeit, die Ordnungsmäßigkeit und Verlässlichkeit der internen und externen Rechnungslegung sowie die

⁷⁶ Vgl. Gleißner

⁷⁷ Vgl. Gleißner

⁷⁸ Vgl. Füser

⁷⁹ Vgl. Gleißner

⁸⁰ Vgl. Bungartz, 2010: 21

Einhaltung der für das Unternehmen maßgeblichen rechtlichen Vorschriften.⁸¹ Jedoch sollte ein IKS nicht nur auf die Rechnungslegung beschränkt sein, sondern sollte auch alle wesentlichen Geschäftsprozesse mit in die Betrachtung einbeziehen, um so die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Geschäftstätigkeit sicherzustellen.⁸²

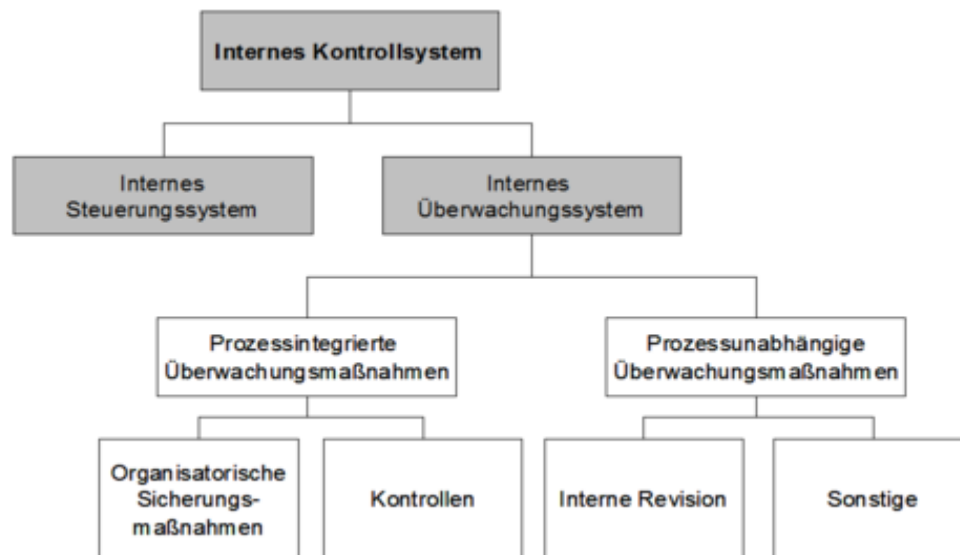


Abbildung 6: Regelungsbereich eines IKS

Quelle: Institut für Wirtschaftsprüfer

„Organisatorische Maßnahmen werden durch laufende, automatische Einrichtungen wahrgenommen und umfassen fehlerverhindernde Maßnahmen, die sowohl in die Aufbau als auch die Ablauforganisation eines Unternehmens integriert sind und ein bestimmtes Sicherheitsniveau gewährleisten sollen (z.B. Funktionstrennung, Zugriffsbeschränkungen im IT – Bereich und Zahlungsrichtlinien).“

Die Kontrollen erfolgen durch Maßnahmen, die in den Arbeitsablauf integriert sind.⁸³ Diese Kontrollen finden durch Überwachungsträger statt, die sowohl für das Ergebnis der Überwachung als auch für die überwachten Prozesse verantwortlich sind. Aufgabe der Kontrolle ist es, die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Fehlern in den Arbeitsabläufen zu vermindern, bzw. aufgetretene Fehler aufzudecken (z.B. die Überprüfung der Vollständigkeit und Richtigkeit von empfangenen und weitergereichten Daten).⁸⁴

⁸¹ Vgl. Bungartz, 2010: 21

⁸² Vgl. Bungartz, 2010: 21

⁸³ Vgl. Bungartz, 2010: 22

⁸⁴ Vgl. Bungartz, 2010: 22 ff.

Die interne Revision zählt zu den prozessunabhängigen Überwachungsmaßnahmen, die innerhalb eines Unternehmens Strukturen und Aktivitäten prüft und beurteilt. Signifikant für diesen Überwachungsträger ist, dass dieser weder in den Arbeitsablauf integriert noch für das Ergebnis des überwachten Prozesses verantwortlich sein darf.

Die sonstigen prozessunabhängigen Überwachungsmaßnahmen können festgelegt sein, z.B. in Form von übergreifenden Kontrollen auf oberster Ebene, die im besonderen Auftrag der gesetzlichen Vertreter oder durch diese selbst vorgenommen werden.⁸⁵

3.5 Abgrenzung Risikomanagement und Qualitätsmanagement

Das Risikomanagement ist ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements. Im Grunde beziehen sich das Qualitäts- bzw. Risikomanagement auf die gleiche Sachlage. Im Mittelpunkt steht z.B. der Behandlungsprozess, der jedoch aus unterschiedlichen Perspektiven bewertet wird.⁸⁶ Das Qualitätsmanagement legt den Fokus auf die Prozessoptimierung verschiedener Abläufe. Das Risikomanagement hat den Schwerpunkt auf der Identifikation und Bewältigung von Risikoquellen während des Prozesses.⁸⁷ Hieraus entstehen Synergien, die im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes genutzt werden können. Risikoquellen können auch durch eine Standardisierung der Prozesse sowie durch Festlegung der Zuständigkeiten reduziert werden. Eine positive Folge wäre, dass die Qualität der Prozessabläufe steigen würde.

⁸⁵ Vgl. Bungartz, 2010: 23

⁸⁶ Vgl. Roeder, 2009

⁸⁷ Vgl. Roeder, 2009

Qualitätsmanagement	Risikomanagement
Qualitätsmanagement ist eine Managementmethode, die die Qualität in den Mittelpunkt stellt: Die Zufriedenstellung des Kunden bzw. des Patienten ist ein Mittel, um langfristigen Geschäftserfolg und Nutzen für die Mitarbeiter und die Gesellschaft zu erzielen.	Risikomanagement ist eine Managementmethode zur Verhinderung risikoindizierter Beeinträchtigungen der Krankenhausqualität.
Ein übergeordnetes Qualitätsmanagementsystem beinhaltet folgende Elemente: <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätspolitik • Qualitätsplanung • Qualitätslenkung • Qualitätsverbesserung 	Zum Risikomanagement gehören alle Entscheidungen und Handlungen, die folgenden Zwecken dienen: <ul style="list-style-type: none"> • Frühzeitiges und ganzheitliches Erkennen von Risiken • Beeinflussung von Risiken • Bewältigung von Risiken
Ein umfassendes Qualitätsmanagement integriert die oben genannten Elemente in ein Gesamtkonzept. Ein solches Qualitätsmanagement ist Ausdruck einer umsichtigen Unternehmensphilosophie.	Ein ganzheitliches Risikomanagement integriert alle Maßnahmen, die darauf abzielen, potenzielle, latente oder bereits aufgetretene Risiken zu identifizieren, zu verhindern oder deren Auswirkungen soweit wie möglich zu begrenzen.

Abbildung 7: Abgrenzung Qualitäts- und Risikomanagement

Quelle: Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege

4 Risikomanagement im Krankenhaus

Das vierte Kapitel bezieht sich speziell auf das Risikomanagement im Krankenhaus. Zuerst werden die zwei Ausprägungen des Risikomanagements erläutert, die im Krankenhaus auftreten. Zum einen das betriebswirtschaftliche Risikomanagement, dass sich mit der wirtschaftlichen Sicherung des Unternehmens beschäftigt, zum anderen das klinische Risikomanagement, welches sich auf den medizinischen Teil bezieht. Anschließend wird ein Fehlermeldesystem vorgestellt, das Critical Incident Reporting System (CIRS). Die Verfasserin hat bezogen auf das klinische Risikomanagement ein Experteninterview mit dem Schwerpunkt Patientensicherheit durchgeführt. Darüber hinaus wird auf die Bedeutung des Einsatzes eines Risikomanagementsystems im Krankenhaus eingegangen.

4.1 Formen des Risikomanagements

Die Gründe für die Einführung eines Risikomanagementsystems im Krankenhaus sind je nach Betrachtungsweise unterschiedlich und vielfältig. So sprechen aus kaufmännischer Weise ganz andere Argumente für ein solches System, als aus Sicht der Patienten oder der Klinikumsmitarbeitenden, eines Haftpflichtunternehmens oder eines Juristen. Diese unterschiedlichen Betrachtungsweisen sollen im Folgenden näher erläutert werden.

4.1.1 Betriebswirtschaftliches Risikomanagement

Gesetzliche Bestimmungen verpflichten Unternehmen zur Einführung eines Risikomanagementsystems, wie z.B. das KonTraG von 1998. Im betriebswirtschaftlichen Risikomanagement geht es in erster Linie um die vorausschauende wirtschaftliche Sicherung des Unternehmens, und die Steigerung von Einnahmen bzw. Werten. Laut einer Studie der FAZ gilt jedes zehnte Krankenhaus als insolvenzgefährdet. Zum Beispiel meldete im Dezember 2017 eine Klinik des Krankenhaus-Konzern Paracelsus Insolvenz an. Mit der Einführung des Vergütungssystems Diagnostic Related Groups (DRG) 2003 gewann die Notwendigkeit des Einsatzes eines Risikomanagements sowie die Prozessoptimierung aller Abläufe im Krankenhaus, also auch der wirtschaftlichen, immer mehr an Bedeutung.⁸⁸ Die Systematik der DRG ist so, dass Fallpauschalen für spezielle Leistungen

⁸⁸ Vgl. Führung, 2006

abgerechnet werden. Daher bedeutet bspw. jeder Tag zusätzlicher Krankenhausaufenthalt einen geschmäleren Erlös und umgekehrt. Um unnötige Kosten und Aufwände zu minimieren und damit die Fallpauschalen einhalten bzw. unterschreiten zu können ist es wichtig Risiken zu erkennen und entgegenzuwirken, sowie Prozessabläufe zu optimieren.

4.1.1 Klinisches Risikomanagement

„Klinisches Risikomanagement betrachtet Strukturen, Prozesse und Ergebnisse im Krankenhaus aus dem Blickwinkel tatsächlicher Schadensereignisse aus dem eigenen Haus oder vergleichbaren Einrichtungen, dient somit der Identifizierung und Bewertung potenzieller Risiken sowie der Umsetzung risikopräventiver Maßnahmen.“⁸⁹ Es stellt ein präventives System dar, das Risiken bei der Patientenversorgung, also bei Leistung des therapeutischen Teams (Ärzte, Pflegende, etc.), reduzieren soll. Außerdem verfolgt es das Ziel, die Behandlungsqualität und Patientensicherheit stetig zu verbessern und um ungerechtfertigte Anspruchsstellungen von Patienten gegen die Institution Krankenhaus abzuwehren.⁹⁰ Ein weiterer Aspekt besteht darin, das Risikobewusstsein der Mitarbeitenden zu stärken und sie für mögliche Fehlerquellen im Krankenhausalltag zu sensibilisieren, es soll aus begangenen Fehlern gelernt und eine Wiederholung vermieden werden. Die Mitarbeitenden sollen sich stärker mit ihrer Aufgabe identifizieren können.

⁸⁹ Kahle-Witzsch, 2005: 15

⁹⁰ Vgl. Kahle-Witzsch, 2005: 15

Patientensicherheit in der Klinik

Wo Krankenhäuser 2015 die Risikoschwerpunkte vermuten

Rangfolge	Risikoschwerpunkte
1 (1)	Schnittstellen (Aufnahme, Entlassung, Abteilungswechsel, Übergabe)
2 (2)	Arzneimitteltherapie
3 (6)	Diagnostik/Therapie
4	Notfallaufnahme
5 (3)	Krankenhaus-Infektionen/Hygiene
6	Personalkompetenz
7 (5)	Stürze
8 (4)	Verwechseln von Patienten, Proben, Befunden
9 (8)	Medizintechnik, Geräte
10	Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen (z.B. Demenz)

() Rang 2010

Quelle/Grafik: IfPS, AOK-BV, APS, TK/WINEG

Tabelle 1: Patientensicherheit in der Klinik

Quelle: IfPS, AOK-BV

Die oben abgebildete Tabelle zeigt die Risikoschwerpunkte, die in den Krankenhäusern vorkommen. Dies geht aus einer Umfrage der Techniker Krankenkasse hervor. Im Großen und Ganzen haben sich die Schwerpunkte im Laufe der Jahre nicht groß verändert. Die größte positive Entwicklung zeigt sich im Bereich der Patienten-, Proben- und Befundverwechslungen. Da der Klinikalltag oftmals sehr hektisch ist, können den Mitarbeitenden in den Krankenhäusern schnell Fehler unterlaufen. Trotzdem gab es da eine Verbesserung von Platz 4 auf Platz 8 (Platz 1 schlecht, Platz 10 gut) im Ranking. Dies lässt sich unter anderem auf die Handlungsempfehlung des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit für die Einführung von Patientenarmbänder zurückführen. Diese sollen verhindern, dass Patienten mit anderen Patienten verwechselt werden bzw. dass beispielsweise bei einer OP keine Eingriffsverwechslungen vorkommen können.

Aus der Tabelle ist aber auch ersichtlich, dass die Diagnostik und Therapie seit 2010 einen negativen Verlauf genommen hat. Dies liegt unter anderem auch daran, dass die

Medizin sich in einem ständigen Veränderungsprozess befindet und der Zeitdruck und die Anwesenheitszeiten der Mitarbeitenden in den Kliniken aufgrund fehlenden Personals stetig zunimmt. Auch gibt es nahezu jedes Jahr neue Erkenntnisse und neue Ansätze für Therapien. Daher können dem Arzt Diagnosefehler unterlaufen, wenn er bspw. eine Krankheitsbestimmung vornimmt, die nicht vertretbar ist, d.h. Fehler bei der Durchführung eines geeigneten Untersuchungsverfahrens oder die daraus fehlende Konsequenz. Der Therapiefehler ist ein klassischer Fall eines Behandlungsfehlers. Wenn die Ausführung der Behandlungsmaßnahmen gegen anerkannte medizinische Soll-Standards verstößt, liegt ein sogenannter Therapiefehler vor.⁹¹

Platz 1 hat sich über die Jahre hinweg nicht verändert. Je mehr Menschen, Teams, Abteilungen und Disziplinen an einer Aufgabe beteiligt sind, desto mehr Schnittstellen gibt es, die zu bewältigen sind. Dabei können diese viele Risiken bergen. Besonders im Krankenhaus gibt es eine Vielzahl an Schnittstellen. Der Patient hat häufig mit mehreren Fachabteilungen zu tun, auch kann es vorkommen, dass er von Station A auf Station B und wieder zurückverlegt werden muss. Dabei birgt die Arbeitsteilung einige Risiken, denn eine „Kette ist nur so stark wie ihr schwächstes Glied“. Zu Risiken an den Schnittstellen kann es kommen, wenn der Prozess, die Kommunikation, Kollegialität oder Kooperation nicht optimal abläuft.

Falsche Medikamentenauswahl oder nicht Berücksichtigung von bspw. Allergien, falsche Dosis, falsche Kombination, falscher Patient. Bei der Arzneimitteltherapie und -Ausgabe können im Krankenhaus leicht Fehler passieren. Nicht zuletzt liegt das auch daran, dass in vielen Krankenhäusern ein akuter Mangel an Fachpersonal besteht. Die Mitarbeitenden müssen im Vergleich zu früher immer mehr Arbeit in der gleichen Zeit leisten. So kann es schnell mal passieren, dass für die Therapie ein falsches Medikament ausgewählt, bei der Ausgabe verwechselt oder in der falschen Dosis an die Patienten abgegeben wird. Die Verfasserin hospitierte während ihres Pflichtpraktikums auch auf zwei Stationen. Dabei fiel ihr auf, dass einige Verpackungen von Medikamenten sehr ähnlich sind. Leider kann es in der Hektik schnell passieren, dass daher unabsichtlich zum falschen Medikament gegriffen und verabreicht wird.

Um die in der Tabelle „Patientensicherheit in der Klinik“ aufgeführten Risikoschwerpunkte zu reduzieren bzw. vorzubeugen, gibt es spezielle Instrumente und Maßnahmen. Für eine schnelle und reibungsfreie Genesung tragen nicht nur die Mitarbeitenden

⁹¹ Vgl. Krankenhausrecht

Verantwortung, sondern auch die Patienten selbst. Neben Anweisungen für die Krankenhausmitarbeitenden gibt es auch ausführliche Informationen die den Patienten zur Verfügung gestellt werden, z.B. Informationen zur Sturzvorbeugung. Instrumente und Maßnahmen zur Vorbeugung von Risiken im Krankenhaus sind unter anderem:

- Team Time Out. Die „surgical safety checklist“, deren Einsatz von der WHO empfohlen wird, konnte in einer multinationalen Studie die Komplikationsrate bei operativen Eingriffen durch eine standardisierte Checkliste, die den kompletten Ablauf einer Operation umfasst, um 4 Prozentpunkte senken.⁹² Am Team Time Out nehmen alle an der Operation beteiligten Mitarbeitenden teil.
- Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen
- Standardvorgehensweise (SOP – „Standard Operating Procedure“) beschreiben eine Arbeitsanweisung. Sich oft wiederholende Arbeitsabläufe werden beschrieben und sind Teil klinischer Behandlungsabläufe oder festgelegter Prozessabläufe, mit dem Ziel, Abweichungen zu vermeiden. Standards gibt es beispielsweise bei der Medikamentenvergabe, Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe oder bei einer spezifischen unerwarteten Komplikation.⁹³
- „repeat back“ und „read back“: Eine Empfehlung der WHO für eine sichere Kommunikation. Mündliche oder schriftliche Anordnungen sollen von der Person, die die Maßnahme ausführen soll, mündlich wiederholt werden. Damit soll sichergestellt werden, dass die Anordnung richtig verstanden wurde. Es soll zudem gewährleistet werden, dass die wichtigen Informationen (aktuelle Situation des Patienten, der klinische Hintergrund, die Darstellung des Problems und Behandlungsempfehlung) vorhanden und zuverlässig weitergegeben werden.⁹⁴
- Beschwerdemanagement dient in erster Linie dazu, die Patientenzufriedenheit wiederherzustellen und zu stärken. Der Patient soll aktiv in den Verbesserungsprozess miteingebunden werden.
- Entlassungsmanagement ist zum 01. Oktober 2017 für die Krankenhäuser verbindlich geworden.⁹⁵ Das Entlassungsmanagement regelt den Übergang von der

⁹² Vgl. Ärzteblatt, 2010

⁹³ Vgl. Universitätsklinikum Erlangen

⁹⁴ Vgl. Ärzteblatt, 2010

⁹⁵ Vgl. Bundesministerium, 2017

stationären Krankenhausversorgung in eine weitgehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung.

- Hygieneregeln
- Critical Incident Reporting System (CIRS). Das CIRS ist eines der wichtigsten Werkzeuge zur Erkennung von Gefahrenquellen. Daher wird es im nächsten Kapitel ausführlich beschrieben.

4.2 Critical Incident Reporting System (CIRS)

Der Begriff Critical-Incident-Reporting-System (CIRS) kann sinngemäß mit „Berichtssystem über kritische Ereignisse“ übersetzt werden. Beim CIRS handelt es sich um eine Risikoerkennmethode, die auf dem Grundgedanken basiert: „Wenn man die Risiken kennt, die Fehler auslösen, lassen sich Fehler vermeiden oder wenigstens die Anzahl von Fehlern und ihre negativen Auswirkungen verringern“.⁹⁶ Das System wird vorwiegend in Einrichtungen des Gesundheitswesens und in der Luftfahrt eingesetzt. Nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 23. Januar 2014 werden die deutschen Krankenhäuser dazu verpflichtet, ein Fehlermeldesystem in ihrem klinischen Risikomanagement zu integrieren.⁹⁷ CIRS ist ein anonymes, freiwilliges und sanktionsfreies Berichtssystem über kritische Ereignisse. Die Erfassung von kritischen Zwischenfällen beruht in der Regel auf Meldungen von den Mitarbeitenden selbst verursachten oder beobachteten Beinahe-Schäden, vermeidbaren unerwünschten Ereignissen und Zwischenfällen.⁹⁸

Kritische Ereignisse hätten ohne Erkennung und Prävention zu einem unerwünschten Ausgang führen, oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöhen können. Eine kritische Situation kann ihren Ursprung in verschiedenen Ursachen haben. Faktor Mensch, in der Organisation, in der Technik, im System selbst, in Umgebungsfaktoren (Patient) oder aber in einem komplexen Zusammenwirken aller dieser Faktoren.⁹⁹ Durch ein oder mehrere der oben genannten Faktoren können Fehler entstehen, die auf einen Abwehrmechanismus treffen und somit keine Folgen nach sich ziehen. Wenn der Abwehrmechanismus jedoch versagt oder nicht existiert, kommt es zu einem kritischen Ereignis

⁹⁶ Pauli, 2013: 61

⁹⁷ Vgl. Ärzteblatt, 2014

⁹⁸ Vgl. Pauli, 2013: 61

⁹⁹ Vgl. Pauli, 2013: 83

(„Critical Incident“). Wenn die Bewältigungsstrategie bei einem kritischen Ereignis funktioniert, spricht man von einem „Beinahe-Unfall“. Ist die Bewältigungsstrategie nicht vorhanden oder versagt, so kann es zu einer Komplikation oder Schaden kommen. Im schlimmsten Falle führt es zum Tode des Patienten. Da CIRS zu jedem Zeitpunkt verfügbar ist, kann ein zeitnahe Bericht garantiert werden, der entweder in Papierform oder online abgegeben werden kann. Die eingegangenen CIRS-Fälle werden im Rahmen des Risikomanagements von einer Expertengruppe, darunter können Ärzte, Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte, Stationsleitung, oder Pflegedienstleitung sein, ausgewertet und analysiert. Danach können Strategien zur Bewältigung und Vermeidung von kritischen Situationen und Risiken entwickelt und diese umgesetzt werden.¹⁰⁰ Wichtig ist auch, dass die Ergebnisse und geplanten Maßnahmen im Hause intern kommuniziert werden.

Das System verfolgt zwei Ziele. Zum einen soll den Benutzern unter Wahrung der Vertraulichkeit und Anonymität die Möglichkeit gegeben werden, über kritische Ereignisse in ihrem Arbeitsumfeld berichten zu können.¹⁰¹ Zum anderen können aus den Berichten Schwachstellen im System erkannt werden. In den CIRS-Datenbanken sollte nicht nur das fehlerhafte Verhalten einer Person beschrieben werden, sondern auch die Bedingungen und Konstellationen unter denen der Fehler passierte. Nicht jedes Krankenhaus betreibt die Software selbst im Hause, die Software CIRSmedical ermöglicht Krankenhäusern, das interne Berichtssystem in einem nach außen geschützten Bereich, quasi als Cloud-Dienst zu nutzen. Wie für das interne CIRS gilt auch für das externe eine Berichterstattung. Aus denen an CIRSmedical gemeldeten Fällen wird ein sogenannter „Fall des Monats“ ermittelt und über das Internet, den Informationsdienst „CIRSmedical.de-Info“ und im Journal der ÄKB „Berliner Ärzte“, veröffentlicht.¹⁰² Somit werden eine ganze Reihe von Lernmöglichkeiten mit Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis zur Verfügung gestellt.

Zusammengefasst ist das CIRS einerseits eine Art „Frühwarnsystem“ für die Aufdeckung von Risiken und andererseits ein Analyseinstrument für den Umgang mit Risiken sowie zur Risikovermeidung.¹⁰³ Es ist ein optimales Hilfsmittel um die Ziele des Risikomanagements zu erreichen. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat für den erfolgreichen Einsatz eines CIRS im Rahmen des Risikomanagements folgende Voraussetzungen

¹⁰⁰ Vgl. Pauli, 2013: 62

¹⁰¹ Vgl. Pauli, 2013: 61

¹⁰² Vgl. Ärzteblatt, 2014

¹⁰³ Vgl. Pauli, 2013: 62

formuliert: Freiwilligkeit, Anonymität, Vertraulichkeit, Sanktionsfreiheit, Unabhängigkeit von Hierarchieebenen, klare Aufbau- und Ablaufstrukturen, Benutzerfreundlichkeit, klare Definition des Meldeinhalts, Systemorientierung, Analyse durch Experten, zeitnahe Rückmeldung und Umsetzung.

4.3 Experteninterview

Im Rahmen des Themas wurde ein schriftliches Experteninterview durchgeführt. Die Experten wurden aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz ausgewählt. Von den elf angeschriebenen Experten haben 5 den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt. Das Ergebnis der Auswertung der Fragen stellt sich wie folgt dar.

Auf die Frage nach der Funktion arbeiten vier der Befragten, neben ihrer ärztlichen Tätigkeit, auch im Bereich des Risikomanagements. Ein Experte arbeitet im kaufmännischen Bereich als Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragter. Zwei der Befragten arbeiten aktiv bei der Auswertung der Beinahe-Unfälle im Rahmen des CIRS mit.

Die Frage nach der Kalkulierbarkeit des klinischen Risikos stellt sich als schwer zu beantwortende Frage heraus. Im Grunde sind die Experten sich einig, dass Risiko im Krankenhaus kaum zu kalkulieren ist, das Risiko sollte nicht kalkuliert, sondern minimiert werden. *„[...] mit verschiedenen Instrumenten und Maßnahmen versucht man so gut es geht Risiken vorzubeugen bzw. auf ein Mindestmaß zu reduzieren, ganz kalkulierbar werden Risiken im Krankenhaus nie sein [...].“*

In allen Kliniken ist ein Fehlermeldesystem (CIRS), teilweise schon seit über zehn Jahren eingeführt, bei dem Mitarbeitende Beinahe-Unfälle melden können. In vier der Kliniken können Meldungen via Intranet gemacht werden. An einem Klinikum können Meldungen noch außerhalb des CIRS gemeldet werden, über E-Mail-Adresse, Handy oder ein CIRS-Team, das persönlich, telefonisch, per Fax oder Brief kontaktiert werden kann. Hier wird deutlich, wie wichtig die Erfassung kritischer Ereignisse gesehen wird.

An allen befragten Kliniken nehmen hauptsächlich alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen an der Auswertung der Fälle teil, ggf. sind auch die Geschäftsführung und der Personalrat beteiligt.

Als Ursachen für die unerwünschten Ereignisse und Beinahe-Unfälle wurden im allgemeinen menschliche Fehler wie Fehleinschätzung, Unachtsamkeit, Müdigkeit, Stress, schwierige Kommunikation auf sprachlicher und emotionaler Ebene, fehlerhafte

Prozesse, und falscher Umgang mit der Technik angegeben. *„In vielen Fällen sind die nicht korrekte Beachtung bzw. Einhaltung der Sicherheitsmaßnahmen Ursache für unerwünschte Ereignisse. Außerdem sind Zeitdruck, Überlastungssituationen und personelle Engpässe weitere Gründe.“* Hervorzuheben ist, dass im Gegensatz zu allen anderen Experten, ein Experte das persönliche Fehlversagen als Ursache gering bewertet hat.

Die Information über die Ergebnisse und Maßnahmen der Auswertungen werden bei allen über das Intranet veröffentlicht. Gegebenenfalls wird die betroffene Abteilung vor der allgemeinen Veröffentlichung informiert. Ein Klinikum schreibt: *„[...] Gemeldete Beinahe-Zwischenfälle sind im CIRS öffentlich einzusehen. Regelmäßig wird ein monatlicher Newsletter, ähnlich dem Fall des Monats, öffentlich klinikumsintern publiziert [...].“*

Ein Experte sieht den Einfluss des Risikomanagements auf die Patientensicherheit als positiv an: *„Die Fehler-bzw. Sicherheitskultur ist im Wandel! Die Einstellung zu Fehlern hat sich in den letzten 10 Jahren positiv verändert. Immer öfter wird sachlich und konstruktiv über Fehler diskutiert und versucht, ein Optimierungspotential aufzudecken [...]“.* Auch die anderen Experten sind sich einig, dass sich das Risikomanagement positiv auf die Patientensicherheit auswirkt. *„Risikomanagement trägt im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zur besseren Qualität und somit zu mehr Sicherheit der Patienten bei [...]“.*

Wie bei jedem Prozess, gibt es auch im Risikomanagementprozess Verbesserungspotential. Den größten Verbesserungsbedarf sehen die Experten bei der Umsetzung der Maßnahmen. *„[...] Die Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen bedarf aber noch größerer Anstrengungen [...] Die konsequente Umsetzung der Maßnahmen ist das „A“ und „O“ des klinischen Risikomanagements. Das zu erreichen, bringt allein schon eine Verbesserung des Prozesses“.*

Grundsätzlich kann man aus den Antworten der Experten Folgendes ableiten. Dem Risikomanagement wird in den Kliniken ein hoher Stellenwert beigemessen. Das zeigen Äußerungen, wie bspw. *„Der Vorstand insbesondere der ärztliche Direktor weisen dem klinischen Risikomanagement eine hohe Bedeutung zu.“* Zwei der Experten finden, dass klinisches Risikomanagement gute Ansätze für die Erhöhung der Patientensicherheit hat, die Umsetzung aber nur erfolgreich ist, wenn alle Mitarbeitenden kontinuierlich und nachhaltig dafür sensibilisiert werden und das Risikomanagement ganzheitlich in den Klinikablauf integriert wird. *„[...] Durch regelmäßige Sensibilisierung der Beschäftigten für dieses Thema sowie die konsequente Umsetzung der Maßnahmen der*

Risikovermeidung, lässt sich die Wahrscheinlichkeit der Verwirklichung von Risiken vermindern [...]“ Bezüglich des Einsatzes eines eigenen CIRS-Systems gibt es eine bemerkenswerte Äußerung eines Experten *„Jedes Haus muss für sich entscheiden, ob es ein eigenes CIRS-System aufbaut [...], oder ob es die Expertise externer Experten nutzt und sich mit Beinahe Zwischenfällen an große überregionale Meldesysteme wendet. Ich persönlich bin überzeugt, dass die überregionalen Meldesysteme Vorteile haben, da hier neutral bewertet und geraten wird.“*

4.4 Die Bedeutung des Einsatzes des Risikomanagements im Krankenhaus

Statistisch betrachtet sind katastrophale Ereignisse nicht unvorhersehbar. Oft entstehen diese nicht zufällig und sind auch nicht durch das Schicksal bedingt, sondern entstehen durch eine Verkettung von kleinen Missgeschicken oder Arbeitsfehlern. Dies ist auch die Hauptaussage von „Heinrich’s Gesetz“ aus dem Jahre 1941.¹⁰⁴ Es wurde gezeigt, dass bei 4000 Patienten ungefähr 300 kleinere und unauffällige Fehler passieren, bei 29 Patienten kann ein katastrophaler Fehler gerade noch rechtzeitig vermieden werden, aber bei einem von diesen 4000 Patienten kommt es zu einem verhängnisvollen Schadensereignis.¹⁰⁵ Somit wird klar, dass zwischen der Häufigkeit schwerer und leichter Unfälle eine enge Beziehung besteht („Heinrich’s Gesetz“). Jede Vermeidungsstrategie sollte sich zunächst auf das Beseitigen kleinerer Fehler konzentrieren um so größere Fehler zu vermeiden.

Jeder Patient, der sich einer Hochrisikoperation unterziehen muss, unterliegt einem Sterberisiko von ca. 2%, selbst wenn die Operation aus medizinischer Sicht optimal verläuft, dies geht aus einer Untersuchung des „amerikanischen Institute of Medicine“ hervor.¹⁰⁶ Das heißt, dass das Leben eines jeden 50. Patienten schon alleine deshalb gefährdet ist, weil er sich einer Operation unterzieht. Dabei wurden die eigentlichen Operationsrisiken noch nicht mit eingerechnet. Gründe hierfür können ganz unterschiedlich sein. Erhöhte Wahrscheinlichkeit für postoperative Infektionen, erhöhtes Risiko für falsche Medikation, fehlende oder nicht richtige Anwendung von Standards (SOP’s) oder fehlerhafte Reaktionen des Krankenhauspersonals auf auftretende Komplikationen.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Vgl. Ennker, 2007

¹⁰⁵ Vgl. Pietrowski, 2007

¹⁰⁶ Vgl. Ennker, 2007

¹⁰⁷ Vgl. Ennker, 2007

Auch im diagnostischen Bereich der Medizin tritt eine überdurchschnittliche hohe Fehlerhäufigkeit auf. Der Einsatz des Risikomanagements ist hier besonders von Bedeutung, da damit die gesundheitlichen Risiken für die Patienten verringert werden können.

Die Pflicht eines Krankenhauses besteht nicht nur darin, für das Wohl und die Sicherheit ihrer Patienten zu sorgen, sondern sie unterliegen auch wirtschaftlichen Bedingungen, so dass neben den Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit auch ökonomische Überlegungen immer mehr an Bedeutung gewinnen. Dabei treten Anspruchsstellungen von Seiten der Patienten gegen das Krankenhaus immer mehr in den Vordergrund. Organisationsverschulden, das heißt Fehlerursachen, die in der organisatorischen Struktur des Krankenhauses liegen, sind die zweithäufigste Anspruchsgrundlage bei Haftpflichtfällen.¹⁰⁸ Jedoch eine der häufigsten Ursachen für Haftpflichtfälle sind immer noch ärztliche Behandlungsfehler, die auch immer häufiger mit organisatorischen Mängeln im Krankenhausalltag in Verbindung gebracht werden können. Als Folge werden die Mediziner immer öfter in Schadenfälle verwickelt, ohne dass sie einen Fehler im eigentlichen Sinne von „Ärztfehler“ begehen. Auch durch gesetzliche Veränderungen, wie z.B. das KonTraG, haben sich die Anforderungen an den Umgang mit Risiken und Chancen im Unternehmen erhöht. Krankenhäuser müssen nun wesentlich stärker den Umgang mit Risiken sowie die daraus wachsenden Chancen berücksichtigen. Das Risikomanagement sollte sich daher auch an den wirtschaftlichen und strategischen Anforderungen und Umfeldfaktoren orientieren.¹⁰⁹ Ziel ist es, bestandgefährdende Entwicklungen möglichst früh zu erkennen und daraufhin nötige Gegenmaßnahmen einzuleiten. Das Implementieren eines Risikomanagementsystems sollte sich an den vorhandenen Strukturen in den Krankenhäusern orientieren und gleichzeitig den Integrationsaufwand auf ein Minimum reduzieren.¹¹⁰

¹⁰⁸ Vgl. Ennker, 2007

¹⁰⁹ Vgl. Hennke, 2016: 51

¹¹⁰ Vgl. Hennke, 2016: 51

5 Fallbeispiele

Im vorletzten Kapitel wird der Einsatz des Risikomanagements im Krankenhaus in der Praxis beleuchtet. An dieser Stelle sollen Praxisbeispiele aus zwei ausgewählten Kliniken zu einem besseren Verständnis für das Risikomanagement im Krankenhaus beitragen. Als Abschluss werden die zwei Kliniken miteinander verglichen. Für diese Arbeit wurde das Klinikum Mittelbaden gGmbH und das Evangelische Krankenhaus Mettmann ausgewählt.

5.1 Klinikum Mittelbaden gGmbH

Das Klinikum Mittelbaden ist ein Zusammenschluss der Gesundheitseinrichtungen des Landkreises Rastatt und des Stadtkreises Baden-Baden. Mit rund 3.250 Beschäftigten gehört das Klinikum zu den größten Arbeitgebern in Mittelbaden. Es verfügt im akutstationären Bereich über 900 Betten in mehr als 30 Fachabteilungen, Zentren und Instituten.¹¹¹

Das Thema Risikomanagement hat seit der Gründung der Klinikum Mittelbaden gGmbH im Jahre 2004 einen hohen Stellenwert. Schon damals wurde der Risikomanagementprozess nicht als überflüssige Managementmethode angesehen, um den Anforderungen der Gesetze genüge zu tragen oder den Aufforderungen der Wirtschaftsprüfer nachzukommen. Bei der Einführung wurde auf den betriebswirtschaftlichen, und auch auf den medizinischen Bereich der Fokus gelegt, da beide Bereiche in einer sehr engen Wechselwirkung zueinander stehen.¹¹² Es ist ein wichtiges Steuerungsinstrument, dass dem einzelnen Mitarbeitenden als auch dem Unternehmen einen erheblichen Nutzen verspricht und einen Beitrag zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit leistet. Wichtig für die Verantwortlichen des Klinikums Mittelbaden war auch eine professionelle Lösung bezüglich der IT-Systeme zu finden. Bei der Auswahl spielte neben der Funktionalität des Risikomanagements-Informationssystems (RMIS) auch Eigenschaften wie einfache Bedienbarkeit eine Rolle.¹¹³ Zudem sollte das System das Critical Incident Reporting System beinhalten.

Bei der Einführung im Jahre 2005 wurden zahlreiche Workshops durchgeführt. „Risikomanagern“ aus den unterschiedlichen Abteilungen der Kliniken wurden mit dem Thema vertraut gemacht. Insbesondere wurde dabei der Nutzen des Risikomanagements im

¹¹¹ Vgl. Klinikum Mittelbaden gGmbH

¹¹² Vgl. Palmer, 2011: 327

¹¹³ Vgl. Palmer, 2011: 327

Krankenhaus kommuniziert und anhand von Beispielen aus anderen Kliniken deutlich gemacht.¹¹⁴ Durch das frühe Einbinden durch Workshops aller am Krankenhausalltag Beschäftigten sollte ein hohes Maß an Akzeptanz und Sensibilisierung geschaffen werden. Diese Workshops bzw. Schulungsmaßnahmen werden weiterhin regelmäßig für die Mitarbeitenden angeboten.

Um Risiken zu identifizieren und zu melden wurde 2008 das CIRS im medizinischen und pflegerischen Bereich eingeführt. Die Beinahe-Fehler können via Intranet von allen Mitarbeitenden abgegeben werden. Jeden Monat entscheidet dann eine Expertengruppe, welche Maßnahmen ergriffen werden sollen. Quartalsweise werden diese dann klinikumsintern kommuniziert.¹¹⁵ Durch das CIRS ergeben sich, neben dem Nutzen durch vermiedene Schäden, auch positive Effekte auf die Risikokultur. Das CIRS wird im Klinikum Mittelbaden rege benutzt. Zu den Erfolgsfaktoren zählen hierbei die von der Unternehmensleitung besiegelte absolute Anonymität. Um die Mitarbeiter stetig für dieses Thema zu sensibilisieren, werden bei Bedarf Schulungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem angeboten. Um den Ablauf bei einer Meldung für die Mitarbeiter möglichst zu vereinfachen, liegen Verfahrensanweisungen vor. Neben dem CIRS gibt es noch weitere Maßnahmen, um die Patientensicherheit zu gewährleisten. Es liegen Mitarbeiterbefragungen vor, es gibt Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe, ein Handbuch für die Medizintechnik, Standards für die Medikamentenvergabe, standardisierte Aufklärungsbögen und OP-Checklisten, Patientenarmbänder sowie bei der OP Vorbereitung ein team time out.¹¹⁶

Die Risiken und Chancen werden quartalsweise durch einen Risikoverantwortlichen aktualisiert und in einem Risikobericht an die Geschäftsführung weitergegeben. Seit 2016 wird zukünftig auch der Aufsichtsrat quartalsweise über die Risiken und Chancen, die von hoher Bedeutung für das Unternehmen sind, in Kenntnis gesetzt.¹¹⁷

¹¹⁴ Vgl. Palmer, 2011: 328

¹¹⁵ Vgl. Klinikum Mittelbaden

¹¹⁶ BKK

¹¹⁷ Vgl. Klinikum Mittelbaden

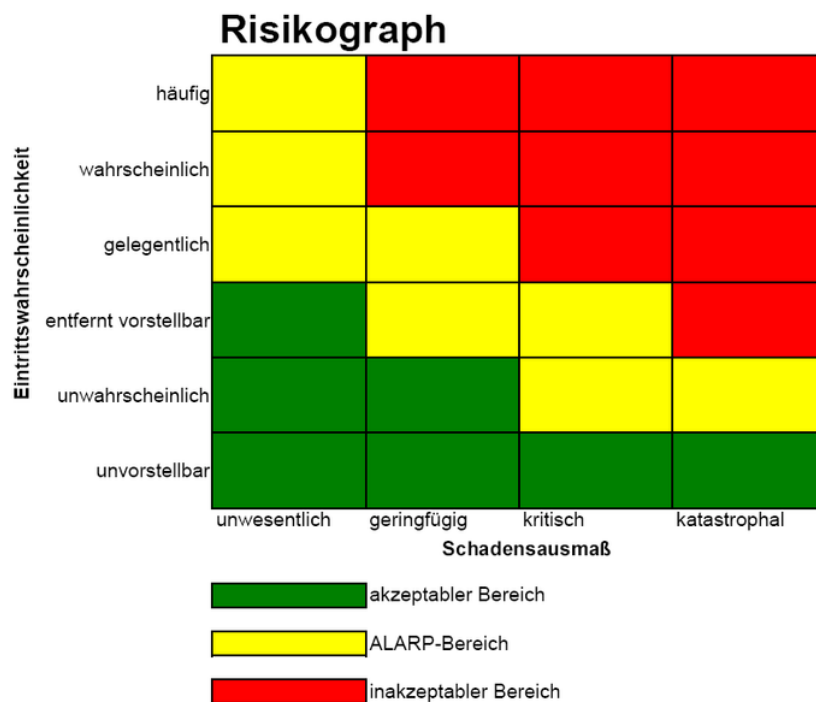


Abbildung 8: Risikomatrix

Quelle: Wikipedia

Die Abbildung zeigt, wie die Risiken und Chancen im Klinikum Mittelbaden GmbH eingestuft und beurteilt werden.

5.2 Evangelisches Krankenhaus Mettmann

Das Evangelische Krankenhaus Mettmann wurde im Jahre 1874 gegründet. Mit seinen 245 Planbetten und ca. 530 Mitarbeitenden zählt es eher zu den kleineren Krankenhäusern.

„Wichtigstes Ziel für die Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH ist es, eine bedarfsgerechte stationäre und ambulante Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes Versorgungssystem sicherzustellen, das leistungsfähig ist und eigenverantwortlich wirtschaftlich und mit hoher Qualität die Leistungen erbringt.“¹¹⁸

Das Risikomanagement wurde 2015 neu implementiert. Die Umsetzung erfolgte in einem sich über das ganze Geschäftsjahr erstreckenden Prozess der Risikoidentifikation,

¹¹⁸ Evangelisches Krankenhaus Mettmann

Risikobewertung, Risikobewältigung und der Risikoüberwachung. Das Evangelische Krankenhaus verwendet für den Risikomanagementprozess die SWOT-Analyse. Dabei werden die Stärken, Schwächen, Chancen und Bedrohungen analysiert. Diese wird jährlich erstellt, an die neuesten Verhältnisse angepasst, von der obersten Leitung genehmigt und dann umgesetzt.¹¹⁹

Für die Identifikation medizinischer Risiken wird die Szenarioanalyse verwendet. Sie dient dazu, die größtmöglichen Risiken der einzelnen medizinischen Abteilungen (Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie, Gynäkologie und Geburtshilfe, HNO) zu identifizieren, zu bewerten und anschließend für die bestandsbedrohenden Risiken Maßnahmen zu ergreifen und die weniger bedrohenden Risiken zu überwachen. Diese Analyse wird durch die Chefärzte durchgeführt. Sie bestimmen die Handlungsschwerpunkte für die Patientensicherheit. Die Maßnahmen, die aus der Szenarioanalyse resultieren, werden dann monatlich oder quartalsweise vom Verantwortlichen überwacht und jährlich, im Rahmen der Managementbewertung, an die oberste Leitung berichtet. Die Risikobeurteilung wird alle 2 Jahre auf den neuesten Stand gebracht, d.h. die bestehenden Risiken werden auf ihre Aktualität hin neu beurteilt und es wird geprüft, ob neue Gefahrenquellen entstanden sind.¹²⁰

Die fachliche und methodische Qualifikation der Mitarbeitenden soll stets aufrechterhalten werden und sich weiterentwickeln, um so ein Gespür für das Risikomanagement zubekommen und aufmerksamer für Gefahrenquellen zu sein. Dies geschieht im Rahmen der Personalentwicklung. Das Evangelische Krankenhaus versucht auch die Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit ihrer Arbeit und aber auch Arbeitgeber zu sichern bzw. zu steigern. Laut der Risikopolitik des Krankenhauses soll dies auch zur einer erhöhten Patientensicherheit führen.

Seit März 2011 arbeitet das EVK Mettmann GmbH mit dem CIRS des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ)¹²¹. Damit soll erreicht werden, durch die Integration aller Mitarbeitenden, möglichst präzise Informationen über den aktuellen Sicherheitsstandard sowie über die Rahmenbedingungen zu bekommen. In einer internen Verfahrensweisung „Komplikation-und Fehlermanagement“ wurden die Regelungen und Verantwortungen festgelegt. Die Auswertung der Beinahe-Fehler wird regelmäßig durch ein ausgewähltes Team unter der Leitung eines Chefarztes und des

¹¹⁹ Vgl. Evangelisches Krankenhaus Mettmann

¹²⁰ Vgl. Evangelisches Krankenhaus Mettmann

¹²¹ Vgl. Evangelisches Krankenhaus Mettmann

Qualitätsmanagements durchgeführt. Für die Bearbeitung der Fälle wurde vorab ein Standard festgelegt, nach dem die Fälle ausgewertet werden sollen. Der Geschäftsführung war es sehr wichtig, die Anonymität der Meldenden zu gewährleisten. Dies wurde auch in einer Mitteilung der Geschäftsführung vom 31.11.2011 ausdrücklich hervorgehoben. Neben dem Fehlermeldesystem gibt es noch Mitarbeiterbefragungen, Entlassungsmanagement, Standards für die Medikamentenvergabe und den Umgang mit Medizingeräten, Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen sowie standardisierte OP-Checklisten, Dekubitusprophylaxe und Sturzprophylaxe.¹²²

5.3 Vergleich

Beide Kliniken haben bereits seit mehreren Jahren ein Risikomanagement, wenn auch das Klinikum Mittelbaden breiter früher damit begonnen hat. Aus den Informationen der jeweiligen Kliniken wird ersichtlich, dass Risikomanagement einen großen Stellenwert im Krankenhaus hat und mit vollster Ernsthaftigkeit behandelt wird. Es wird nicht als zusätzliche belastende Managementmethode angesehen, sondern als ein Instrument, dass einerseits die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens stärkt und andererseits die Patientensicherheit erhöht.

Bei der Identifikation der Risiken bedienen die beiden Krankenhäuser sich jeweils unterschiedlicher Methoden. Das Klinikum Mittelbaden gGmbH greift auf die SWOT – Analyse sowie auf eine Risikomatrix, zur besseren Übersicht und Priorisierung, zurück. Das Evangelische Krankenhaus Mettmann entschied sich für eine Szenarioanalyse im medizinischen Bereich und für eine SWOT-Analyse im Risikomanagementprozess um die Risiken in der Klinik zu identifizieren. Diese Analyse wird meistens angewandt, um zukünftige und bisher unbekannte Risikopotentiale herauszufinden.

Risikomanagement kann nur erfolgreich sein, wenn alle Mitarbeiter dafür sensibilisiert werden. Dies fängt bei der Unternehmensführung an und endet bei den Mitarbeitern, die direkt am Patienten tätig sind. Im Falle des Klinikums Mittelbaden wurden die Mitarbeiter bereits bei der Einführung intensiv mit eingebunden. Sie legten viel Wert darauf, schon früh ein hohe Maß an Akzeptanz und Sensibilisierung zu schaffen. Der Nutzen des Risikomanagements wurde den Risikoverantwortlichen nicht nur als trockene Theorie

¹²² Vgl. Techniker Krankenkasse

vorgetragen, sondern auch anhand von praktischen Fallbeispielen für das bessere Verständnis verdeutlicht. Da der Risikomanagementprozess ein kontinuierlicher Prozess ist, werden auch heute noch Schulungen für die Mitarbeitenden angeboten. Das Evangelische Krankenhaus Mettmann tut dies im Rahmen der Personalentwicklung. Im Gegensatz zum Klinikum Mittelbaden wurden die Mitarbeiter hier nicht von Anfang an so fest mit in den Risikomanagementprozess mit einbezogen. Jedoch wird auch hier den Mitarbeitenden die Möglichkeit geboten, durch Schulungen die fachliche Kompetenz zu steigern um so im Klinikalltag ein Auge für Gefahrenquellen zu entwickeln.

Beide Häuser haben ein Fehlermeldesystem eingeführt. Das Klinikum hat bereits seit 2008 das CIRS, im Evangelische Krankenhaus kann man erst seit 2011 Beinahe-Unfälle über ein internes System melden. Meldungen können bei beiden via Internet gemacht werden. In beiden Fällen werden die Meldungen durch eine ausgewählte Expertengruppe ausgewertet und Maßnahmen zur Risikobewältigung formuliert und nach Abschluss klinikumsintern kommuniziert. Eine Eigenschaft des Fehlermeldesystems ist die absolute Anonymität. Der Verfasserin fiel auf, dass bei dem Klinikum Mittelbaden sowie dem Evangelische Krankenhaus diese Eigenschaft deutlich hervorgehoben wurde. Bei den Kliniken ist es wichtig, den Mitarbeitenden zu vermitteln, dass eine Meldung sanktionsfrei bleibt. Auch bei den anderen Instrumenten und Maßnahmen zur Risikovermeidung- bzw. vorbeugung bedienen sie sich an den gleichen etablierten Methoden.

Aus dem Vergleich wird ersichtlich, dass beide Krankenhäuser versuchen, sich intensiv mit dem Risikomanagement, sei es wirtschaftlich oder medizinisch, auseinanderzusetzen. Im Grunde haben beide Kliniken gleiche Ansätze um die Risiken, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, zu vermeiden. Vor allem im medizinischen Bereich greifen sowohl das Klinikum Mittelbaden, als auch das Evangelische Krankenhaus Mettmann, auf dieselben Instrumente und Maßnahmen zurück. Einen besonderen Fokus liegt bei beiden Krankenhäusern auf den Mitarbeitenden. Auch beim Fehlermeldesystem CIRS legen beide großen Wert auf die Anonymität der Meldungen. Das Risiko wird sich nie komplett vermeiden können, dennoch sind die Kliniken auf einem sehr guten Weg, möglichst vielen Risiken vorzubeugen oder um gegebenenfalls angemessene Maßnahmen einleiten zu können.

6 Schlussbetrachtung

Zum Abschluss werden die Erkenntnisse der Arbeit nochmals zusammengefasst, reflektiert und ein Ausblick auf die Zukunft des Risikomanagements im Krankenhaus gegeben.

6.1 Resümee

Der Gesundheitssektor, im speziellen das Krankenhaus, stellt ein besonders heikles Risikoumfeld dar. Mehrfach konnte man schon in den Medien von Fehlern im Krankenhausablauf hören, die zum Teil drastische wirtschaftliche Auswirkungen auf die gesamte Organisation und vor allem auf die Gesundheit der Patienten hatten.

Die vorliegende Arbeit soll zeigen, dass die Anforderungen, die heute, sei es aus gesetzlicher-, wirtschaftlicher- oder Patientensicht, an ein Krankenhaus gestellt werden, nur durch den Einsatz von entsprechenden Managementsystemen erfüllt werden können. Eines davon ist das Risikomanagement. Im Krankenhaus sowie in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens steht eine patientenorientierte Leistungserbringung, die effektiv und gleichzeitig effizient sein muss, im Mittelpunkt. Die Einführung des Risikomanagements führt zu einer Veränderung im System, damit wird die Behandlungs- und Versorgungsqualität der Patienten verbessert. Da, je weniger Risiken bestehen, desto bessere qualitative Leistung kann erbracht werden. Die Literaturrecherche und das Interview mit Experten aus dem Bereich Risikomanagement zeigte auf, welche Bedeutung der Einsatz eines Risikomanagements hat. Damit können unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ungeplante finanzielle Ausgaben verhindert werden, in sozialer Hinsicht ergibt sich ein besseres Image nach außen, intern eine erhöhte Motivation bei Mitarbeitenden sowie die Verbesserung der Sicherheit und Zufriedenheit der Patienten.

Patienten achten in der heutigen Zeit immer mehr auf ihre Gesundheit, sie fangen an gesundheitsbewusster zu leben und bedachter mit ihrer Gesundheit umzugehen. Das Krankenhaus steht in der Pflicht, PatientInnen vor Schäden zu bewahren bzw. mögliche Risiken zu mindern. Jedoch liegt es in der Natur des Menschen Fehler zu machen, auch im organisatorischen oder technischen Bereich lassen sich Fehler nicht ausschließen. Diese können schnell eine hohe finanzielle Belastung für das Krankenhaus, aufgrund einer Klage seitens des Patienten, bedeuten. Der Kosten-Nutzen-Faktor muss wie in jedem anderen Unternehmen berücksichtigt werden. *„Nicht das Beginnen wird belohnt,*

*sondern einzig und alleine das Durchhalten.*¹²³ Die Einführung eines Risikomanagementsystems ist anfangs mit hohen personellen, zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden, dennoch zeigt sich, dass diese geringer sind, verglichen mit den finanziellen Risiken, die ohne ein bestehendes Risikomanagement anfallen würden.

Die Reputation eines Krankenhauses nach außen ist von großer Bedeutung. Mittels eines flächendeckenden Risikomanagements wird auch der Wettbewerb um das Vertrauen des Patienten und den zuweisenden Ärzten hinsichtlich der Krankenhauswahl, verstärkt werden, was wiederum für eine Nachhaltigkeit und Sicherung des Fortbestandes sorgt. Auch ist es in der heutigen Zeit so, dass Patienten immer kritischer und anspruchsvoller in Bezug auf das Krankenhaus werden. Im Internet gibt es nicht nur für Hotels viele Bewertungsportale, sondern auch für Krankenhäuser, auf denen Patienten ihren „Aufenthalt“ in der Klinik bewerten können. Auch die emotionale Verarbeitung eines Zwischenfalls ist für den Patienten wichtig. Der Patient soll merken, dass das Krankenhaus eine ehrliche und konsequente Ursachenanalyse betreibt und es aus dem Fehler lernen wird. Wichtig ist auch für das Krankenhaus, dass es über genügend qualifiziertes Personal verfügt. Gerade bei Fachkräftemangel ist es wichtig, als ein attraktiver Arbeitgeber aufzutreten. Ein Krankenhaus, das negative Schlagzeilen macht, ist das nicht.

Der Motor eines Unternehmens sind die Mitarbeitenden. Die Führungsebene muss als Vorbild dienen, um sich die Bereitschaft und Unterstützung der Mitarbeitenden zu sichern, denn ohne diese kann Risikomanagement nicht gelingen. Daher ist es wichtig, die Mitarbeitenden dazu zu motivieren, kontinuierliche Schulungen anzubieten, sie aktiv zur Mitarbeit zu bewegen und viel Überzeugungsarbeit zu leisten. Das wichtigste ist allerdings, den Mitarbeitenden nicht das Gefühl zu vermitteln, kontrolliert oder überwacht zu werden, sondern ihnen Vertrauen und Wertschätzung entgegenzubringen, nur dann kann das Risikomanagement erfolgreich sein.

Aus der Arbeit wird ersichtlich, welchen Stellenwert das Risikomanagement im Krankenhaus hat. Aus ökonomischer wie auch aus medizinischer Sicht ist die Notwendigkeit eines solchen Managementsystems im Krankenhaus einzuführen bzw. zu betreiben unumgänglich.

¹²³ Katharina von Siena

6.2 Ausblick

Durch gesetzliche Regelungen ist es für ein Krankenhaus unumstößlich geworden, ein Risikomanagementsystem einzuführen. Der Ablauf einer Implementierung muss von Anfang bis Ende präzise geplant sein und mit viel Geduld und Beharrlichkeit durchgeführt werden, da gerade bei lang andauernden Aufgaben die Gefahr der Ungenauigkeit besteht und somit ein Scheitern der Einführung verbunden ist. Mit der Einführung ist es jedoch nicht getan. Auch im Betrieb muss sich die Klinikumsleitung darauf einlassen und sich permanent damit auseinandersetzen. Denn es handelt sich dabei um einen kontinuierlichen Prozess, eine sogenannte „never ending story“. Bis Risikobewusstsein zu einem festen Bestandteil der Unternehmenskultur geworden ist, braucht es Zeit und Geld. Laut einer Umfrage des Instituts für Patientensicherheit der Universitätsklinik Bonn macht die Patientensicherheit und das damit einhergehende Risikomanagement stetig Fortschritte. Jedoch gab fast die Hälfte der Krankenhäuser (43 Prozent) an, zwar Risikomanagement eingeführt, aber sich noch nicht wirklich mit dem Prozess auseinandergesetzt zu haben. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass auf der Basis der Auswertungen aus dem CIRS-System, sich das Risikomanagement weiter positiv entwickelt (siehe Grafik).

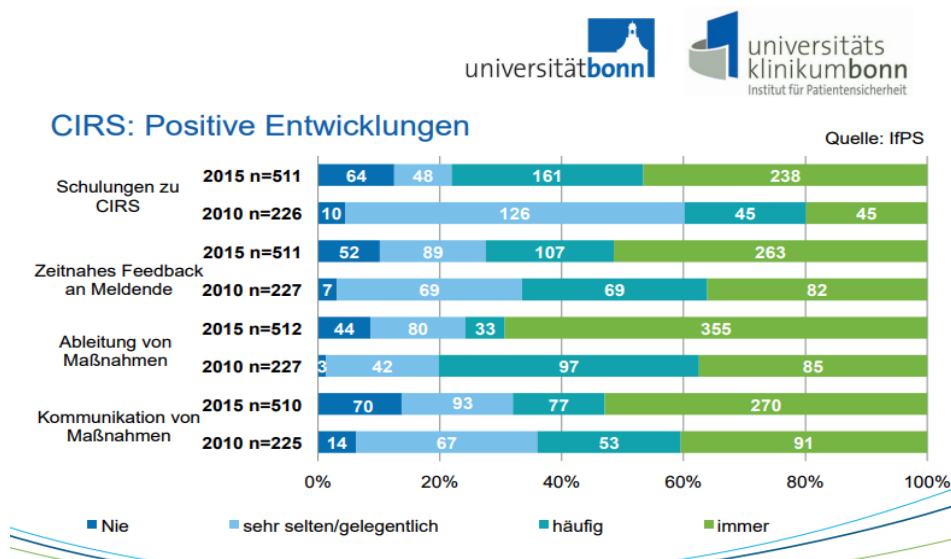


Abbildung 9: Entwicklung des CIRS

Quelle: Universität Bonn (2015)

Nichts ist beständiger als der Wandel. So wird sich auch das Risikomanagement weiterentwickeln. Es werden sich Risiken verschieben bzw. neue Risiken auftreten. So kann

eventuell die Auswirkung des demografischen Wandels (Altersstruktur) bestimmte Risiken erhöhen oder verschieben. Z.B. bei weniger Personal gibt es immer mehr ältere und damit pflegeaufwändigere Patienten. Es können sich auch neue Keime entwickeln, die ein noch differenzierteres Risikomanagement erfordern. Auch medizinische Beratungsportale im Internet können sich auf das Risikomanagement auswirken. So können Patienten z.B. eine bestimmte Therapie, die ihnen in diesen Portalen vorgeschlagen wird einfordern bzw. dem Vorgeschlagenen Behandlungsplan entgegensetzen. Eventuell muss das Risikomanagement diese vorgeschlagenen Behandlungsmethoden beurteilen und die daraus entstehenden Risiken bewerten. Die Operationstechniken entwickeln sich immer weiter, es ist vorstellbar, dass in der Zukunft verstärkt Operationsroboter zum Einsatz kommen werden. Hier steigen die Anforderungen an das Risikomanagement in Bezug auf die Technik und das Vertrauen der Patienten in diese. Die Bewertungsportale werden die Kliniken immer mehr unter Druck setzen. Immer mehr Menschen werden diese Portale nutzen, um Ihre Meinung zu äußern und um eine für sich gute Auswahl treffen zu können. Daher müssen die Kliniken die Äußerungen in den Portalen in ihr Risikomanagement einbeziehen, sie lesen, ggf. beantworten, Schlüsse daraus ziehen und Maßnahmen ableiten. Um eine absolut klinikneutrale Bewertung zu erhalten, ist es vorstellbar, dass die Bewertung und die Maßnahmen, die vorgeschlagen werden, durch eine zentrale Stelle durchgeführt wird.

Das Risikomanagement im Krankenhaus wird in der Zukunft eine immer wichtigere Rolle spielen. Den Kliniken muss bewusst werden, dass dies nicht nur ein zusätzlicher Aufwand darstellt, sondern das Risikomanagement die Wirtschaftlichkeit und die Patientensicherheit garantiert bzw. verbessert.

Literaturverzeichnis

Bücher / Wissenschaftliche Arbeiten:

Ärzteblatt (2014): Qualitätssicherung: CIRS – Plattform – ein etabliertes Instrument <https://www.aerzteblatt.de/archiv/163408/Qualitaetssicherung-CIRS-Plattform-ein-etabliertes-Instrument> (letzter Zugriff am 03.01.2018).

Ärzteblatt (2010): Patientensicherheit und Fehlermanagement. Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zur ihrer Vermeidung <https://www.aerzteblatt.de/archiv/67632/Patientensicherheit-und-Fehlermanagement> (letzter Zugriff am 03.01.2018).

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: Fehlertheorie <http://www.aezq.de/patientensicherheit/fehlertheorie> (letzter Zugriff am 14.11.2017).

Becker, Andreas/ Mantke, René (2012): Jedes Leben zählt: Frühwarnsysteme und medizinische Notfallteams in der innerklinischen Notfallmedizin. In: Becker/ Glaser/ Neuper (Hrsg.): Klinisches Risikomanagement. Beiträge zur Patientensicherheit. Wien 47 – 67.

BKK: Klinikum Mittelbaden <https://www.bkk-klinikfinder.de/Klinikum-Mittelbaden-Baden-Baden-in-76532-Baden-Baden/umgang-mit-risiken/krankenhaus/26082001399> (letzter Zugriff am 26.12.2017).

Bock, Rolf – Werner (2009): Die Organisation medizinischer Behandlung unter rechtlichen Aspekten. In: Naegler, Heinz/ Kersting, Thomas (Hrsg.): Recht für Krankenhaus und Arztpraxis. Berlin 1 – 24.

Brühwiler, Bruno (2016): Risikomanagement als Führungsaufgabe. Umsetzung bei strategischen Entscheidungen und operationellen Prozessen, 4. Auflage. Bern.

Bungartz, Oliver (2011): Handbuch interne Kontrollsysteme (IKS). Steuerung und Überwachung von Unternehmen, 2. Auflage. <http://www.esv.info/download/katalog/media/9783503126323/Leseprobe.pdf> (letzter Zugriff am 26.12.2017).

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Entlassungsmanagement <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassungsmanagement.html> (letzter Zugriff am 27.12.2017).

Denkeandersblog (2017): Kognitive Fehler, Verzerrungen...Wie wir wirklich entscheiden! <https://www.denkeandersblog.de/kognitive-fehler-verzerrungen-wie-wir-wirklich-entscheiden/> (letzter Zugriff am 03.11.2017).

Erben, Roland/ **Romeike**, Frank (2016): Allein auf stürmischer See. Risikomanagement für Einsteiger, 2. Auflage. Weinheim.

Evangelisches Krankenhaus Mettmann (2016): Risikopolitik des Evangelischen Krankenhaus Mettmann http://www.ev-k-mettmann.de/fileadmin/redaktion/pdf/Risikopolitik_EVK_Mettmann_-Endversion-.pdf (letzter Zugriff am 26.12.2017).

Fremdwort: Verstoß <http://www.fremdwort.de/suchen/bedeutung/versto%C3%9F> (letzter Zugriff am 01.11.2017).

Führung, Marsha/ **Gausmann**, Peter (2004): Klinisches Risikomanagement im DRG – Kontext. Integration von Risiko – Kontrollpunkten in klinische Pfade. Stuttgart.

Gleißner, Werner/ **Füser**, Karsten: Moderne Frühwarn- und Prognosesysteme für Unternehmensplanung und Risikomanagement <https://www.risknet.de/fileadmin/eLibrary/Gleissner-Fruehwarn-Prognosesysteme.pdf> (letzter Zugriff am 25.12.2017).

Gleißner, Werner (2017): Grundlagen des Risikomanagements. Mit fundierten Informationen zu besseren Entscheidungen, 3. Auflage. München.

Gleißner, Werner/ **Vanini**, Ute/ **Kallweit**, Rainer/ **Erben**, Franz/ **Vogel**, Dirk (2017): Grundlagen und Konzepte. In: Gleich, Roland/ Klein, Andreas (Hrsg.): Harmonisierung und Controlling und Risikomanagement. München/ Freiburg/ Stuttgart 23 – 153.

Holzer, Elke (2005): Grundsätzliches zum Umgang mit Risiken – traditionelles Risikomanagement. In: Conen, Dieter/ Hochreutener, Marc – Anton (Hrsg.): Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien 32 – 54.

Info – Krankenhausrecht (2013): Information zum Thema Arzthaftung – Behandlungsfehler http://www.info-krankenhausrecht.de/Rechtsanwalt_Arztrecht_Medizinrecht_Behandlungsfehler_Behandlungsfehler01.html (letzter Zugang am 29.12.2017).

Kahla – Witzsch, Heike (2005): Praxis des klinischen Risikomanagement. Landsberg.

Keitsch (2004): Risikomanagement https://www.risknet.de/fileadmin/template_risknet/images/buecher/Keitsch-Risikomanagement-Einleitung-2006.pdf (letzter Zugriff am 21.12.2017).

Klinikum Mittelbaden (2016): Geschäftsbericht 2016 https://www.klinikum-mittelbaden.de/de-wAssets/docs/Informationsmaterial/Klinikum-Mittelbaden/1_Geschaeftsbericht_2016_KMB_digital.pdf (Letzter Zugriff am 22.12.2017).

Koller, Christian/ von Langsdorff, Udo (2005): Risikomanagement im Krankenhaus. München.

Middendorf, Conrad/ von Eiff, Wilfried (2006): Klinisches Risikomanagement – CKM Trendstudie zur Umsetzung in deutschen Krankenhäusern. In: von Eiff, Wilfried (Hrsg.): Risikomanagement. Kosten -/ Nutzen – basierte Entscheidungen im Krankenhaus, 2. Auflage. Wegscheid 45 – 79.

Palmer, Simone/ Palmer, Ulrich (2011): Risikomanagement im Klinikum Mittelbaden gGmbH. In: Hellmann, W./ Ehrenbaum, K. (Hrsg.): Umfassendes Risikomanagement im Krankenhaus: Risiken beherrschen und Chancen erkennen. Berlin 327.

Pauli, Andrea (2013): Risikomanagement und CIRS als Gegenstand der Krankenhaushaftung. Baden – Baden.

Peitrowksi, D./ Ennker, J./ Kleine, P. (2007): Warum Risikomanagement im Krankenhaus? <file:///C:/Users/user/Downloads/9783798517370-c1.pdf> (letzter Zugriff am 21.12.2017).

Techniker Krankenkasse (2015): Klinisches Risikomanagement. <https://www.tk.de/tk/infografiken/krankenhaus/klinisches-risikomanagement/749210> (letzter Zugriff am 26.12.2017).

Techniker Krankenkasse/ Aktionsbündnis Patientensicherheit (2015): „Wie weit ist das klinische Risikomanagement in Deutschland?“ http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/09/150917_PK_Patientensicherheit2015_Pressemappe.pdf

Techniker Krankenkasse: Klinisches Risikomanagement <https://www.tk.de/klinikfuehrer/K72N14/mettmann/ev-krankenhaus-gmbh/risikomanagement/> (letzter Zugriff am 22.12.2017).

Thüß, Jasmin (2012): Rechtsfragen des Critical Incident Reportings in der Medizin. Heidelberg 2012.

Universitätsklinikum: Sicherheit durch Narkosestandards <http://www.anaesthesie.uk-erlangen.de/patienten/patientensicherheit/standard-operating-procedures/> (letzter Zugriff am 02.01.2018).

Wachter, Robert (2010): Fokus Patientensicherheit. Fehler vermeiden, Risiken managen. Berlin.

Welt (2014): 7500 Klinik-Tode im Jahr sind vermeidbar <https://www.welt.de/wirtschaft/article124082725/7500-Klinik-Tode-im-Jahr-sind-vermeidbar.html> (letzter Zugriff am 27.12.2017).

Zeit Online (2014): 19.000 Klinikpatienten sterben jährlich durch Behandlungsfehler <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2014-01/krankenhausreport-aok-behandlungsfehler> (letzter Zugriff am 29.12.2017).

Anlagen

1. Anlage: Fragebogen Experteninterview

Schriftliches Interview

Risikomanagement im Krankenhaus

„Inwiefern ist das Implementieren eines Managementsystems zur Minimierung von Risiken im Krankenhaus von Bedeutung? Und welche Auswirkungen hat dies auf die Patientensicherheit?“

1. In welcher Funktion arbeiten Sie in Ihrem Krankenhaus?
2. Wie viel Risiko ist in einem Krankenhaus kalkulierbar – in Bezug auf klinisches Risikomanagement? Sind Ziele formuliert?
3. Wo bzw. wie können Mitarbeiter unerwünschte Ereignisse und Beinahe-Unfälle melden?
4. Welche Berufsgruppen sind an der Auswertung der Fälle beteiligt?
5. Auf welche Ursachen lassen sich diese unerwünschten Ereignisse zurückführen?
6. Wie werden nach der Besprechung der Unfälle die Ergebnisse dokumentiert und klinikumsintern kommuniziert?
7. Inwieweit hat (klinisches) Risikomanagement Einfluss auf die Patientensicherheit?
➔ Gibt es bereits spürbare Verbesserungen?
8. Gibt es von Ihrer Seite Verbesserungsvorschläge für den Risikomanagementprozess im Krankenhaus?

Schriftliches Interview

Risikomanagement im Krankenhaus

„Inwiefern ist das Implementieren eines Managementsystems zur Minimierung von Risiken im Krankenhaus von Bedeutung? Und welche Auswirkungen hat dies auf die Patientensicherheit?“

1. In welcher Funktion arbeiten Sie in Ihrem Krankenhaus?

Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragter

2. Wie viel Risiko ist in einem Krankenhaus kalkulierbar – in Bezug auf klinisches Risikomanagement? Sind Ziele formuliert?

Das Ziel ist, so gut es geht mögliche Risiken vorzubeugen und zu mindern. Dabei spielen einige Faktoren eine wichtige Rolle. Risikomanagement kann nur gelebt werden, wenn alle Mitarbeiter dafür sensibilisiert werden. Nicht nur die Unternehmensführung sondern auch die Krankenschwestern, Ärzte, Apotheker, müssen mit in den Prozess eingebunden werden.

Kalkulierbar sind Risiken im Krankenhaus nicht. Doch es gibt einige Maßnahmen, um Risiken einzudämmen. (team time out, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Hygieneregeln, Standards für Medikamentenvergabe, Kommunikation..)

3. Wo bzw. wie können Mitarbeiter unerwünschte Ereignisse und Beinahe - Unfälle melden?

Das Klinikum hat seit 2010 ein Fehlermeldesystem CIRS für die Mitarbeiter eingerichtet. Dies ist für jeden Mitarbeiter zugänglich, der einen Beinahe-Unfall melden möchte. Besonderen Wert legt die Unternehmensführung auf die absolute Anonymität. Niemand würde gerne berichten, wenn ernsthafte Konsequenzen drohen würden.

Dazu muss man sagen, dass einige Fälle die im CIRS gemeldet werden, keine Beinahe-Unfälle sind.

4. Welche Berufsgruppen sind an der Auswertung der Fälle beteiligt?

Oberarzt der jeweiligen Klinik, Qualitätsmanagementbeauftragter, Krankenschwester, eventuell Stationsleitung.

5. Auf welche Ursachen lassen sich diese unerwünschten Ereignisse zurückführen?

- Organisation
- Kommunikation
- Technik
- Fachmangel

6. Wie werden nach der Besprechung der Unfälle die Ergebnisse dokumentiert und klinikumsintern kommuniziert?

Ergebnisse der Auswertungen sind für alle Mitarbeiter im Intranet zugänglich. Wenn es sich um eine spezielle Abteilung handelt, wird diese vorab informiert.

7. Inwieweit hat (klinisches) Risikomanagement Einfluss auf die Patientensicherheit?

→ Gibt es bereits spürbare Verbesserungen?

Ein klinisches Risikomanagement hat gute Ansätze für die Verbesserung bzw. Erhöhung der Patientensicherheit. Doch dies kann nur klappen, wenn alle Mitarbeiter dafür sensibilisiert werden und Risikomanagement komplett in den Klinikalltag integriert wird. 100% können leider nie erreicht werden, da Fehler in der Natur des

Schriftliches Interview

Risikomanagement im Krankenhaus

„Inwiefern ist das Implementieren eines Managementsystems zur Minimierung von Risiken im Krankenhaus von Bedeutung? Und welche Auswirkungen hat dies auf die Patientensicherheit?“

1. In welcher Funktion arbeiten Sie in Ihrem Krankenhaus?

Ltd. Oberarzt

2. Wie viel Risiko ist in einem Krankenhaus kalkulierbar – in Bezug auf klinisches Risikomanagement? Sind Ziele formuliert?

Risiken sollen minimiert und nicht kalkuliert werden. Das CIRS wird verstanden als ein Berichtssystem welches mithilfe von anonymisierten Meldungen, die Erfassung von Beinahefehler ermöglicht. Beinahefehler werden definiert als: „ein ungewolltes Ereignis, welches den Patienten, den Mitarbeiter oder das Unternehmen gefährden, aber nicht schädigen kann.“

Trat ein Schaden ein, ist dieser über ein z.B. das Zwischenfallmeldesystem zu melden.

3. Wo bzw. wie können Mitarbeiter unerwünschte Ereignisse und Beinahe • Unfälle melden?

Von jedem PC in der Klinik. Kann jeder Mitarbeiter über die Meldeplattform im Intranet Ereignisse melden.

Folgende Grundsätze sind gewährleistet:

Freiwilligkeit; Anonymität; Straffreiheit; Rückmeldung über eingeführte Gegenmaßnahmen.

4. Welche Berufsgruppen sind an der Auswertung der Fälle beteiligt?
Verwaltung: GF, Prokurist
Pflege: u.a. Pflegedienstleitung und Stellvertretung
Ärzte: u.a. Ärztlicher Direktor und Stellvertreter
Personalrat
5. Auf welche Ursachen lassen sich diese unerwünschten Ereignisse zurückführen?
Menschliche Fehler
Fehleinschätzung, Unachtsamkeit, Dokumentation unleserlich, Verwechslung, Müdigkeit, Stress
Organisation / Kommunikation
Sprachliche / emotionale Kommunikationsprobleme, fehlende Supervision,
 - Infrastruktur / Umgebung
Zu wenig Platz, Hohe Aktivität in der Abteilung,
 - Technische Probleme
Gerät defekt, Fehlende technische Kenntnisse,
6. Wie werden nach der Besprechung der Unfälle die Ergebnisse dokumentiert und klinikumsintern kommuniziert?
Unfälle gar nicht!
CIRS Meldungen werden, wenn sie von den Prüfenden als relevant eingeschätzt werden, mit Lösung im Intranet veröffentlicht.
7. Inwieweit hat (klinisches) Risikomanagement Einfluss auf die Patientensicherheit?
→ Gibt es bereits spürbare Verbesserungen?

Trägt im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zur besseren Qualität und somit zu mehr Sicherheit der Patienten bei!
Beispiele sind die Einführung von Checklisten, Patientenarmbänder zur sicheren Identifizierung der Patienten, Einführung von Rückschlagventilen bei Infusionen, Beseitigung von Stolperfallen und anderes mehr.
8. Gibt es von Ihrer Seite Verbesserungsvorschläge für den Risikomanagementprozess im Krankenhaus?

Jedes Haus muss für sich entscheiden, ob es ein eigenes CIRS System aufbaut (für die Größe unserer Struktur machen wir das ganz gut), oder ob es die Expertise externer Experten nutzt und sich mit Beinahe Zwischenfällen an große überregionale Meldesysteme wendet. Ich persönlich bin ein Überzeugter, dass die überregionalen Meldesysteme Vorteile haben, da hier neutral bewertet und geraten wird.

Schriftliches Interview

Risikomanagement im Krankenhaus

„Inwiefern ist das Implementieren eines Managementsystems zur Minimierung von Risiken im Krankenhaus von Bedeutung? Und welche Auswirkungen hat dies auf die Patientensicherheit?“

1. In welcher Funktion arbeiten Sie in Ihrem Krankenhaus?

Qualitäts- u. Risikomanager im Stab des Vorstands und
Oberarzt der Frauenklinik

2. Wie viel Risiko ist in einem Krankenhaus kalkulierbar – in Bezug auf klinisches Risikomanagement? Sind Ziele formuliert?

Aus meiner Erfahrung ist das mögliche Schadenspotential bei der Patientenbehandlung nicht exakt vorherseh- oder vermeidbar. Trotz Anwendung aller Präventionsmaßnahmen, wie z. B. eine OP-Checkliste, Vier-Augen-Prinzip bei der Medikamentenstellung, Simulationstraining etc. werden immer wieder auch schwerwiegende Fehler passieren. Durch regelmäßige Sensibilisierung der Beschäftigten für dieses Thema sowie die konsequente Umsetzung der Maßnahmen der Risikovermeidung (s. o.) lässt sich die Wahrscheinlichkeit der Verwirklichung von Risiken vermindern. Ziele sind z. B. die Erreichung einer annähernd 100%-igen Durchführung des Team-time-out, Teilnahme an den Morbiditäts- u. Mortalitätskonferenzen bzw. Qualitätszirkeln etc..

Klinikumsintern existiert ein Stufensystem in Bezug auf den Umsetzungsgrad des RM in den einzelnen Kliniken und Instituten. Je nach Ausgangsbasis erfolgt die Zielformulierung anhand dessen. Stufe I entspricht der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und organisatorischen Pflichten. Stufe II berücksichtigt weitere Instrumente des RM, wie z. B. Risikoaudits, Zwischen- u. Schadensfall-Konferenzen (s. o.).

3. Wo bzw. wie können Mitarbeiter unerwünschte Ereignisse und Beinahe - Unfälle melden?

Wir haben in unserem Krankenhaus seit mehr als 10 Jahren ein Beinah-Vorfall-Meldesystem (CIRS). Damit haben die Beschäftigten des Krankenhauses die Möglichkeit, Beinahe-Unfälle u. ä. anonymisiert zu melden. Die eingegangenen

Meldungen werden dezentralisiert an die RMB der Kliniken anonymisiert zur Bearbeitung weitergeleitet. Darüber hinaus existiert ein sog. CIRS-Forum, bestehend aus RMB's verschiedener Abteilungen. Die eingegangenen Meldungen werden gemeinsam diskutiert, bearbeitet und es wird nach Lösungsmöglichkeiten geschaut.

4. Welche Berufsgruppen sind an der Auswertung der Fälle beteiligt?

Wie die Morbiditäts- u. Mortalitätskonferenzen werden auch die Qualitätszirkel interprofessionell durchgeführt, es nehmen also alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen daran teil.

5. Auf welche Ursachen lassen sich diese unerwünschten Ereignisse zurückführen?

In vielen Fällen sind die nicht korrekte Beachtung bzw. Einhaltung der Sicherheitsmaßnahmen Ursache für unerwünschte Ereignisse. Außerdem sind Zeitdruck, Überbelastungssituationen und personelle Engpässe weitere Gründe.

6. Wie werden nach der Besprechung der Unfälle die Ergebnisse dokumentiert und klinikumsintern kommuniziert?

Die Ergebnisse der Morbiditäts- u. Mortalitätskonferenzen werden zunächst ausschließlich klinikintern dokumentiert und kommuniziert. Gemeldete Beinahe-Zwischenfälle sind im CIRS öffentlich zu sehen. Regelmäßig wird ein monatlicher Newsletter, ähnlich dem Fall des Monats, öffentlich klinikumsintern publiziert.

Die QMB's der Kliniken haben die Aufgabe, die beschlossenen Maßnahmen umzusetzen und den Erfolg der Maßnahme zu kontrollieren.

7. Inwieweit hat (klinisches) Risikomanagement Einfluss auf die Patientensicherheit?

→ Gibt es bereits spürbare Verbesserungen?

Die Fehler- bzw. Sicherheitskultur ist im Wandel! Die Einstellung zu Fehlern hat sich in den letzten 10 Jahren positiv verändert. Immer öfter wird sachlich und konstruktiv über Fehler diskutiert und versucht, ein Optimierungspotential aufzudecken. Die Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen bedarf aber noch größerer Anstrengungen, die konsequente Umsetzung muss noch verbessert werden. Insgesamt führen alle Maßnahmen zu einer Verbesserung der Patientensicherheit, da die Beschäftigten für dieses Thema sensibilisiert werden. Messbare Ergebnisse sind schwierig nachzuweisen.

8. Gibt es von Ihrer Seite Verbesserungsvorschläge für den Risikomanagementprozess im Krankenhaus?

Die konsequente Umsetzung der Maßnahmen ist das „A“ und „O“ des klinischen RM. Das zu erreichen, bringt allein schon eine Verbesserung des Prozesses.

Schriftliches Interview

Risikomanagement im Krankenhaus

„Inwiefern ist das Implementieren eines Managementsystems zur Minimierung von Risiken im Krankenhaus von Bedeutung? Und welche Auswirkungen hat dies auf die Patientensicherheit?“

Grundsätzlich ist klinische und kaufmännische Risikomanagement in der Uniklinik getrennt. Kaufmännische Risiken können bestandsgefährdend werden, klinische Risiken sind es in der Regel nicht, da sie von Versicherung gedeckt sind. Klinische Risiken gefährden Menschenleben und damit den Sinn und Auftrag eines Krankenhauses. Beide Management Systeme sind notwendig, sie unterliegen aber grundsätzlich unterschiedlichen Logiken: Kaufmännische achten auf return on invest und klinische auf primum nihil nocere.

Das klinische Risikomanagement ist in drei große Rückkopplungsstränge eingeteilt:

- *Statistische Verfahren*
 - *Externe Qualitätssicherung*
 - *Aktenanalysen*
 - *Ggf. Qualitätssicherung aus Routinedaten*
- *Anlaßlose Rückmeldesysteme*
 - *Audits*
 - *Risikoaudits*
 - *Amtliche Begehungen*
- *Anlaßbezogene Rückmeldesysteme*
 - *Lob- und Beschwerdemanagement*
 - *CIRS*
 - *Schadensfallanalysen*

Der Zentralbereich ist direkt dem Ärztlichen Direktor unterstellt und berichtet ihm direkt.

Der Vorstand und insbesondere der Ärztliche Direktor weisen dem klinischen Risikomanagement eine hohe Bedeutung zu. Mit ca. 6 VK nur für das klinische Risikomanagement in der Uniklinik ist es gut ausgestattet.

1. In welcher Funktion arbeiten Sie in Ihrem Krankenhaus?

Leiter Zentralbereich Medizinische der Uniklinik Köln

- *Bildungszentrum*
- *Qualitätsmanagement*
- *klinisches Risikomanagement*

2. Wie viel Risiko ist in einem Krankenhaus kalkulierbar – in Bezug auf klinisches Risikomanagement? Sind Ziele formuliert?

Kalkuliert wird das Risiko durch die Haftpflichtversicherung und ihrer Prämien, siehe auch Antwort zu Frage 7

3. Wo bzw. wie können Mitarbeiter unerwünschte Ereignisse und Beinahe - Unfälle melden?

An der Uniklinik ist ein CIRS etabliert mit > 650 Meldungen im Jahr, Meldewege sind:

- Intranet
- Internet
- CIRS – Email Adresse: CIRS@uk-koeln.de
- CIRS Handy mit Interner Kurzwahl: *1188
- Zentrales CIRS Team ist persönlich, telefonisch, per Fax und Brief ansprechbar

4. Welche Berufsgruppen sind an der Auswertung der Fälle beteiligt?

Zentrale CIRS Team:

- Physiker
- Gesundheits- und Krankenpflegerin
- Gesundheitsökonomin
- Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin
- N.N.

fakultativ hinzuziehbar: Versorgungsingenieur, Industriemeister im Team des Zentralbereichs

Dezentrale CIRS Teams in den Kliniken und Instituten:

- Oberarzt der Klinik
- Assistenzarzt der Klinik
- Pflegekraft der Klinik
- Ggf. Ingenieur oder MTA oder weitere

5. Auf welche Ursachen lassen sich diese unerwünschten Ereignisse zurückführen?

- Organisation,
- Prozesse
- Schnittstellen und
- Technik,
- weniger persönliches Fehlversagen

6. Wie werden nach der Besprechung der Unfälle die Ergebnisse dokumentiert und klinikumsintern kommuniziert?

Fast 90% der CIRS Rückmeldungen sind nicht vertraulich und der Melder bekommt eine Rückmeldung zur Bearbeitungsstand

Projekte die Klinikweit angestoßen werden, werden über die Regelkommunikation veröffentlicht.

Für einzelne Vorfälle werden orange CIRS Briefe eingesetzt, die in einer Auflage von 200 Stück davon 80 Stück eingeschweist an die Kliniken und Stationen verteilt werden. Sie entsprechen den Rotehandbriefen der Arzneimittelversorgung

7. Inwieweit hat (klinisches) Risikomanagement Einfluss auf die Patientensicherheit?

➔ *Gibt es bereits spürbare Verbesserungen?*

Diese Frage halte ich für äußerst schwierig zu beantworten. Die Uniklinik Köln wächst sehr stark. Der Case-Mix hat sich in den letzten 10 Jahren fast verdoppelt. Die Zahl der Mitarbeiter ist um fast 80% gestiegen. Ständig werden neue Behandlungsverfahren eingesetzt und umgesetzt. In solch einem dynamischen Umfeld einen eindeutig messbaren Einfluss darzustellen, ist mir nicht gelungen.

Die für die Versicherungsprämie relevanten Großschadensereignisse (Schadenssummen über 150.000 €) sind äußerst seltene Ereignisse, die nicht jedes Jahr eintreten und manchmal Ergebnis einer persönlichen einzelnen Fehlhandlung oder –entscheidung sind (allgemeine Beispiele: Falscher Handgriff bei einer Wirbelsäulen OP der zum Querschnitt führt, falsche Entscheidung unter der Geburt, der zu einem Rentenschaden bei einem Neugeborenen führen kann). Diese Schadensereignisse sind mit dem klinischen Risikomanagement nur äußerst schwer zu vermeiden. Sie sind ihm nur indirekt zugänglich. Mit dieser Meinung stimme ich mit Herrn Dr. Petry, Geschäftsführer der ECCLESIA, einem der größten Versicherungsmakler für Heilwesenhaftpflicht überein. Die Korrelation zwischen funktionierendem klinischem Risikomanagement und dem Auftreten seltener Großschadensereignisse ist schwach.

8. Gibt es von Ihrer Seite Verbesserungsvorschläge für den Risikomanagementprozess im Krankenhaus?

Ich halte das Klinische Risikomanagement in der Uniklinik für gut und umfassend aufgestellt. Natürlich kann es an vielen Stellen noch zu Detailverbesserungen kommen. Da das klinische Risikomanagement keinen direkt wertschöpfenden Beitrag liefert (ähnlich wie Hygiene, Arbeitssicherheit, Strahlenschutz, ...), ist es die Entscheidung der obersten Leitung, wieviel Ressourcen sie für diesen Bereich einsetzt.

Risikomanagement im Krankenhaus

„Inwiefern ist das implementieren eines Managementsystems zur Minimierung von Risiken im Krankenhaus von Bedeutung? Und welche Auswirkungen hat dies auf die Patientensicherheit?“

1. In welcher Funktion arbeiten Sie in Ihrem Krankenhaus?

Risikomanagement, Arzt

2. Wie viel Risiko ist in einem Krankenhaus kalkulierbar – in Bezug auf klinisches Risikomanagement? Sind Ziele formuliert?

Risiken zu kalkulieren halte ich für sehr schwierig. Leider kann man diese nie exakt vorhersehen. Aufgrund von Erfahrungen kann man versuchen, manche Risiken bis fast auf ein Minimum zu reduzieren.

3. Wo bzw. wie können Mitarbeiter unerwünschte Ereignisse und Beinahe - Unfälle melden?

Im Haus gibt es ein eigenes CIRS- System. Dort können Mitarbeiter anonym Meldungen machen.

4. Welche Berufsgruppen sind an der Auswertung der Fälle beteiligt?

Im Grunde werden an der Auswertung alle Berufsgruppen beteiligt. D.h., Arzt, Krankenschwester, Pflegedienstleitung, ~~Qualitäts-~~ bzw. Risikomanagementbeauftragte

5. Auf welche Ursachen lassen sich diese unerwünschten Ereignisse zurückführen?

- Kommunikation
- Technik (nicht richtige Handhabung)
- Unzureichende Dokumentation

6. Wie werden nach der Besprechung der Unfälle die Ergebnisse dokumentiert und klinikumsintern kommuniziert?

Die Ergebnisse der Auswertungen können von jedem Mitarbeiter im Intranet eingesehen werden.

7. Inwieweit hat (klinisches) Risikomanagement Einfluss auf die Patientensicherheit?

→ Gibt es bereits spürbare Verbesserungen?

Bis dato gibt es noch keine Zahlen dafür. Man sieht jedoch, dass die Mitarbeiter mit großer Motivation und Bereitschaft sich dem Thema Risikomanagement annehmen. Sie sind sensibilisierter mit dem Umgang von Risiken. Ich denke, dass mit Risikomanagement in Zukunft die Patientensicherheit spürbar verbessert wird.

8. Gibt es von Ihrer Seite Verbesserungsvorschläge für den Risikomanagementprozess im Krankenhaus?

Die Umsetzung der Maßnahmen ist mitunter das wichtigste. Daran muss noch gearbeitet werden.

Hiermit erkläre ich, Ricarda Garlik (geb. am 09.05.1993), dass ich die oben aufgeführten Interviews geführt habe und über eine Erlaubnis zur Verwendung und zum Abdruck des Interviews im Rahmen dieser Arbeit verfüge. Die Anonymität der Experten soll gewährleistet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname